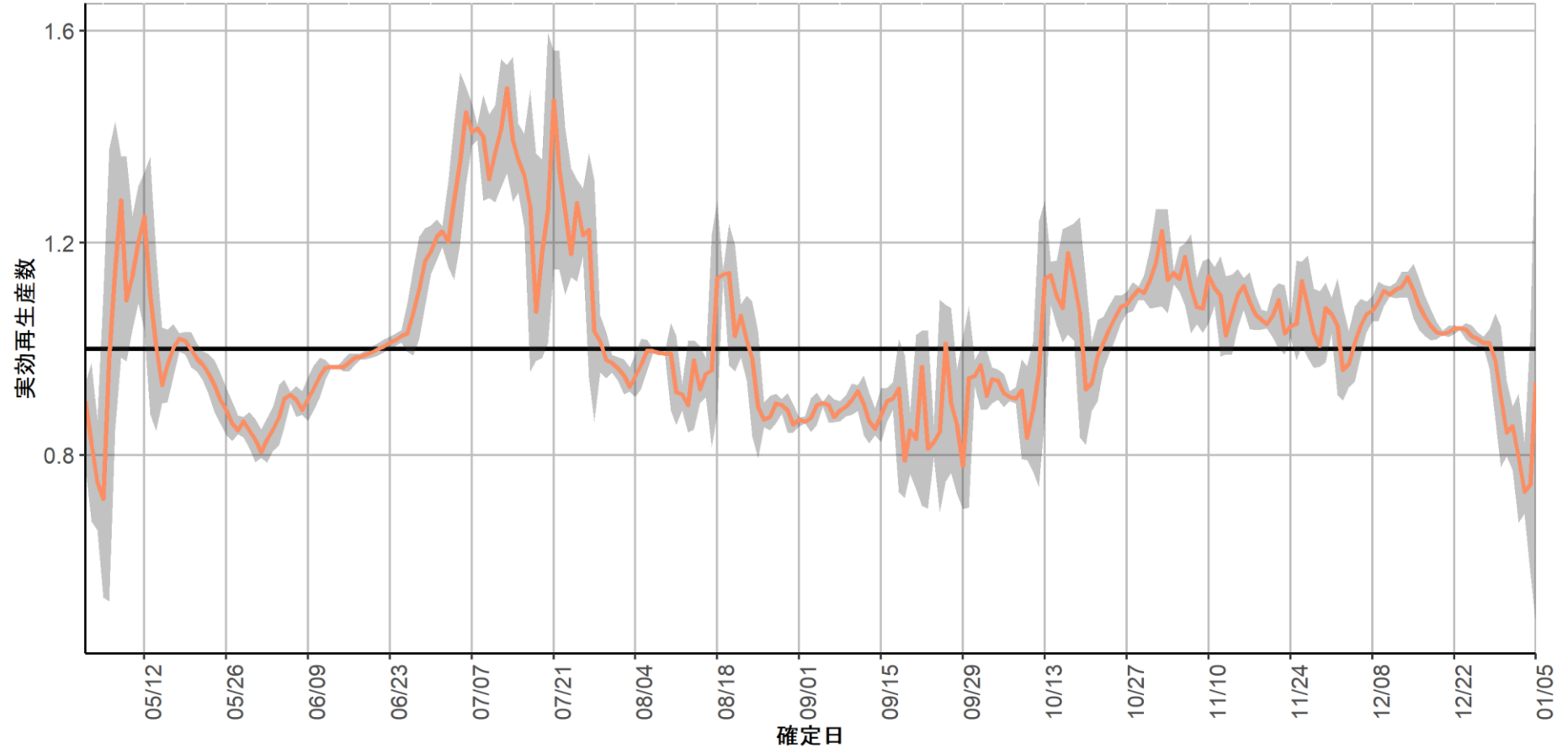


資料の要点：2023年1月9日時点

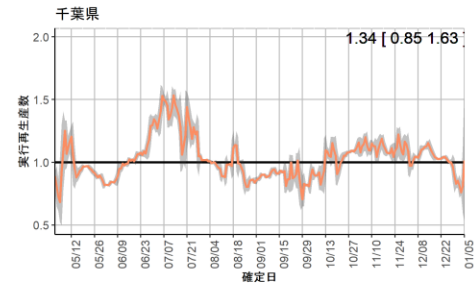
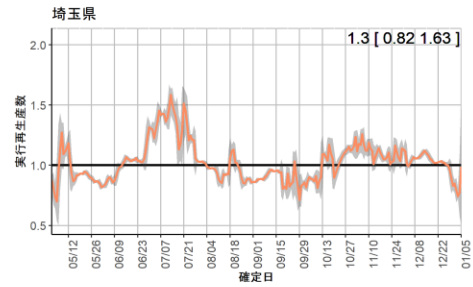
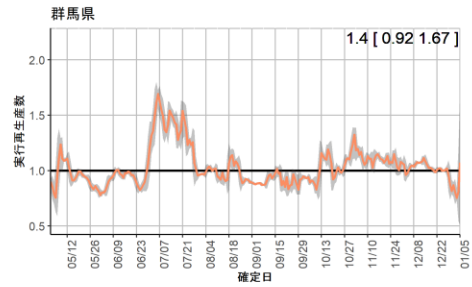
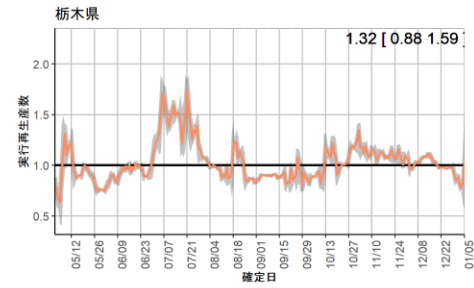
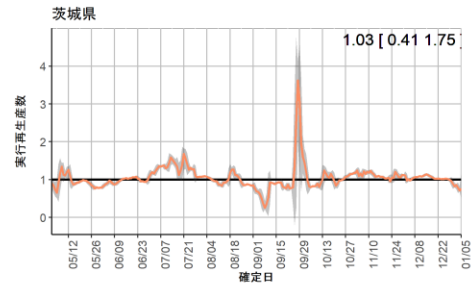
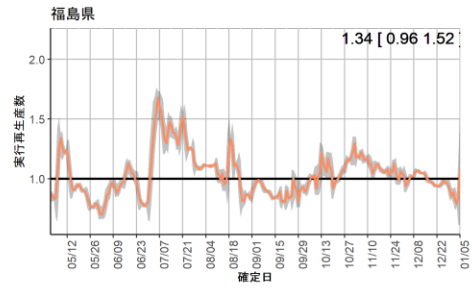
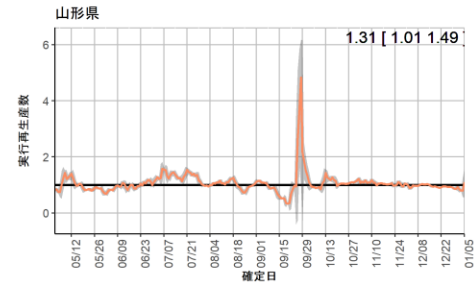
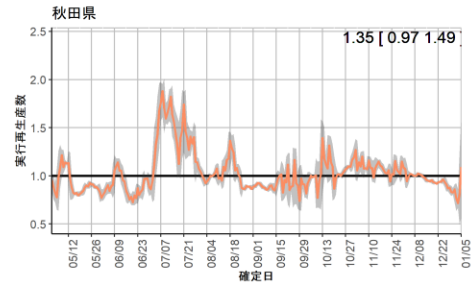
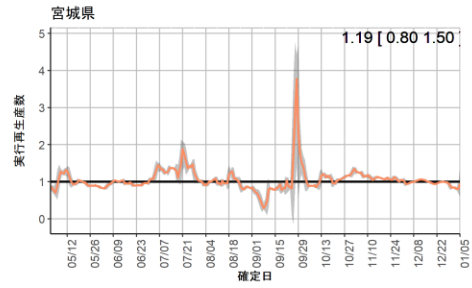
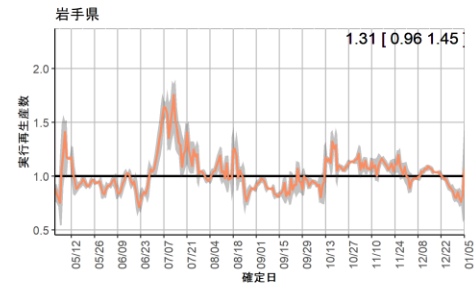
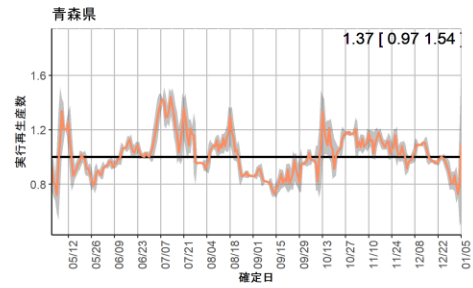
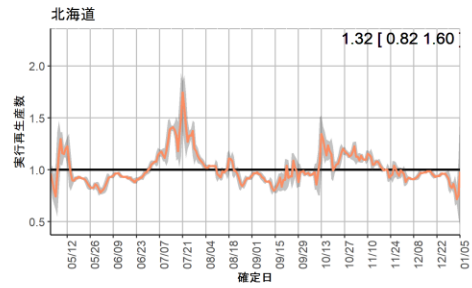
- 全国の報告数による実効再生産数は1月6日時点で1.24（参考値）であった。全数把握は継続されているが、把握されている陽性者数は受療行動、検査体制、データ入力体制の影響を受けることから、値の解釈には注意を要する（P2-6）。
- 都道府県ごとの2022年12月から年末年始にかけての報告医療機関数を図示した（P7-10）。
- 年代別の新規症例数の推移（P11-22）、および都道府県別の流行状況を図示した（P23-52）。
- 全国および一部の都道府県で新規症例数のリアルタイム予測を行った（P53-57）。
- HER-SYSに報告された各地域別の中等症以上、重症例の報告数を図示した（P58-60）。
- 学校保健会が運用する学校等欠席者・感染症情報システムのデータを更新した（P61-72）。
- 民間検査機関の検体を用いたゲノムサーベイランスのデータを用いて、各株・亜系統検出割合の推定を実施した（P73-79）。
- 国内のインフルエンザの動向を示す。低レベルであるが複数の指標で引き続き増加となっている（P80-85）。また、世界の流行状況についてまとめた（P86-96）。

報告日による全国の実効再生産数の推定：1月9日

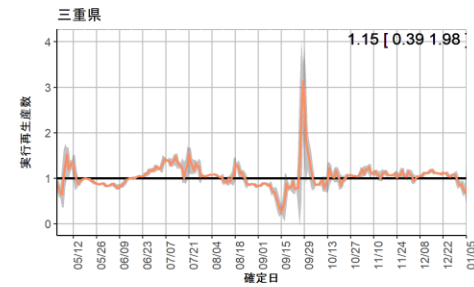
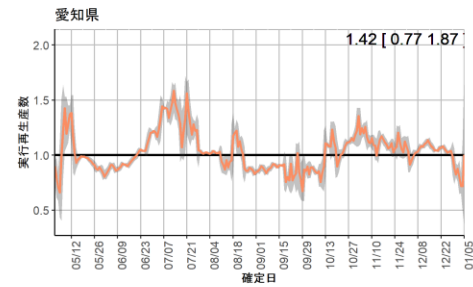
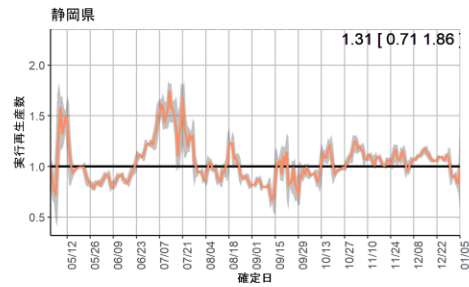
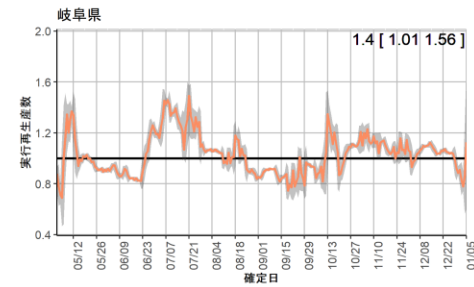
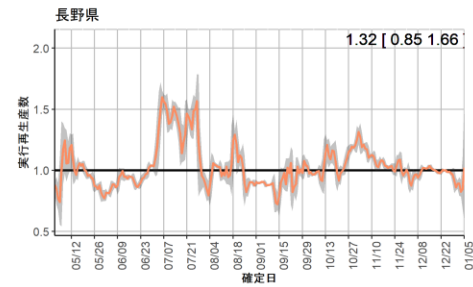
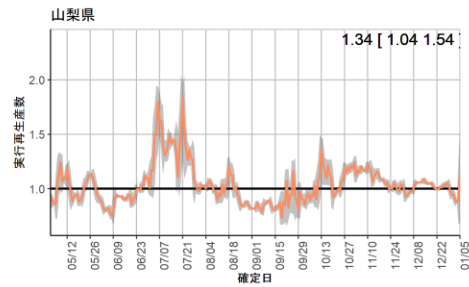
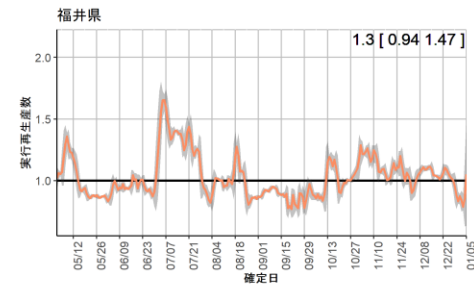
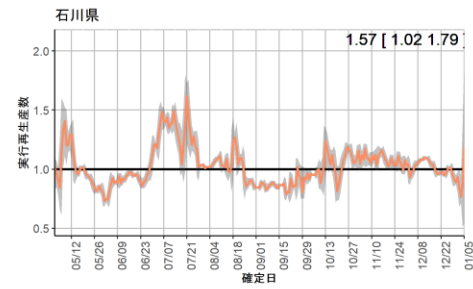
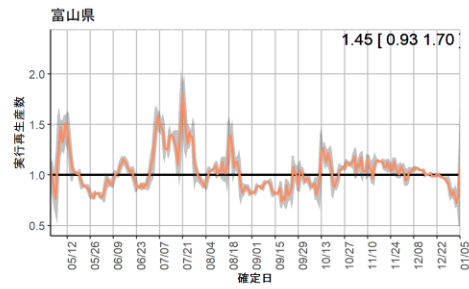
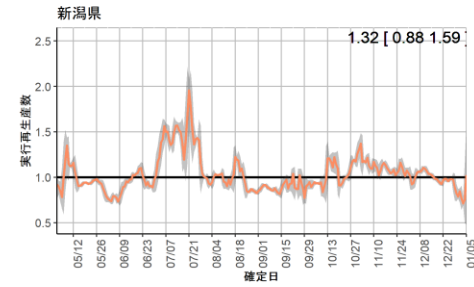
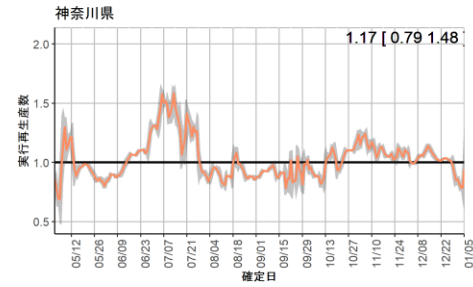
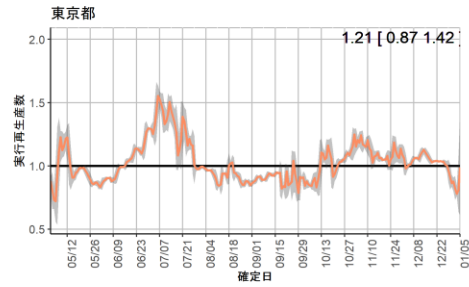
1月6日時点
 R_t [95%CI]=
 1.24 [0.76,1.60]
 (世代時間3日)



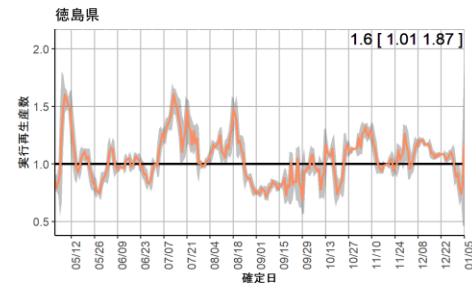
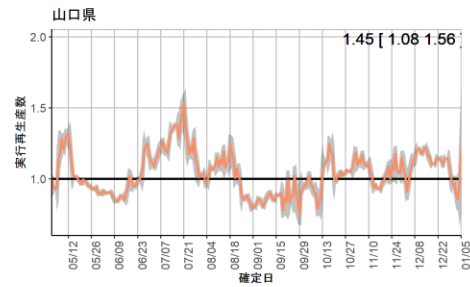
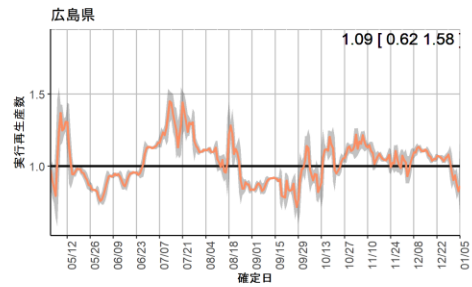
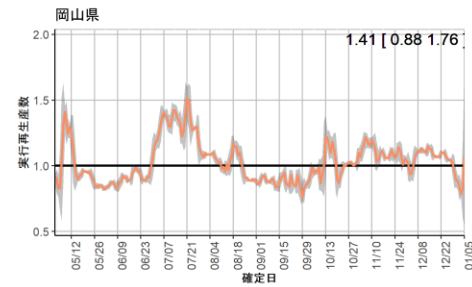
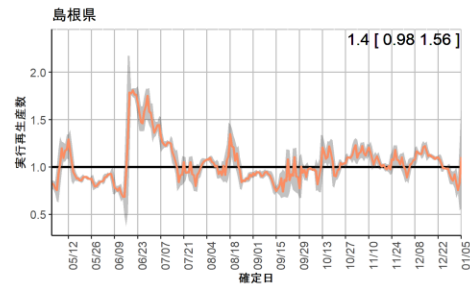
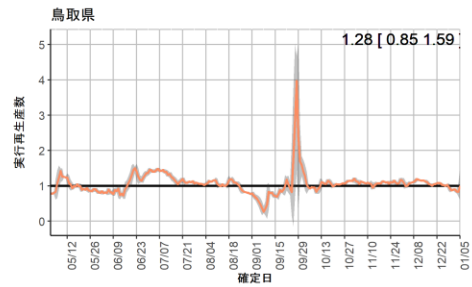
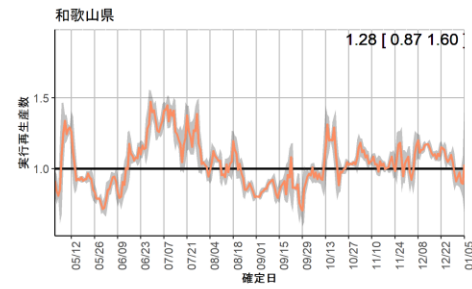
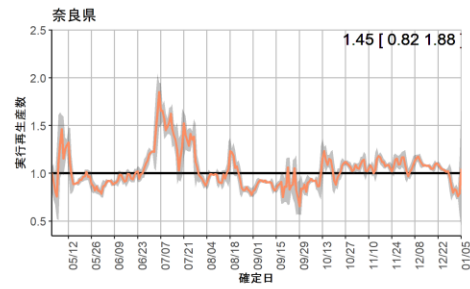
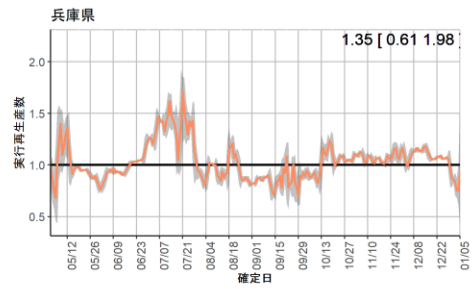
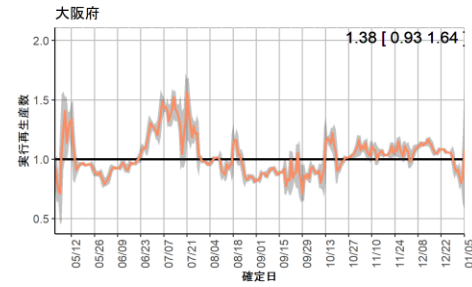
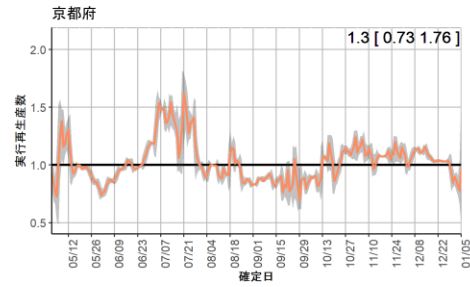
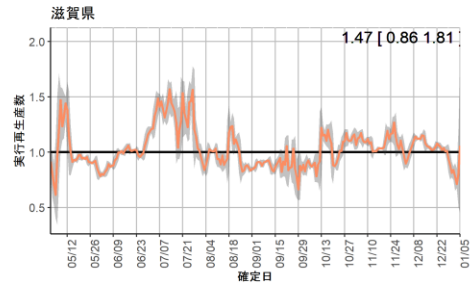
世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。
 日ごとの報告数は直近では過小に報告されていること、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。



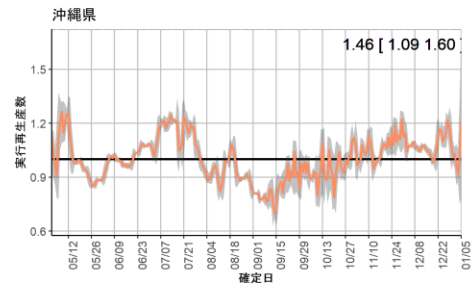
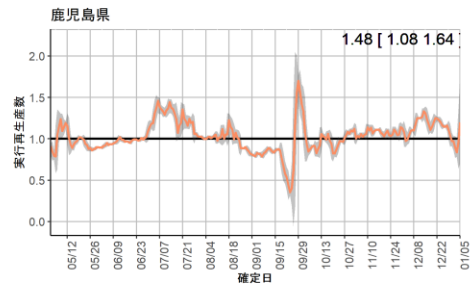
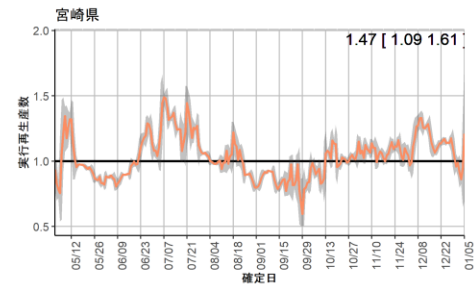
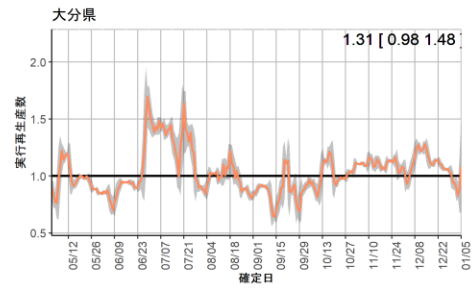
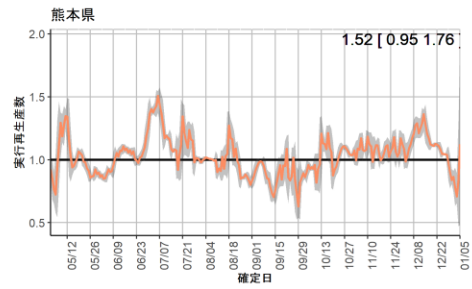
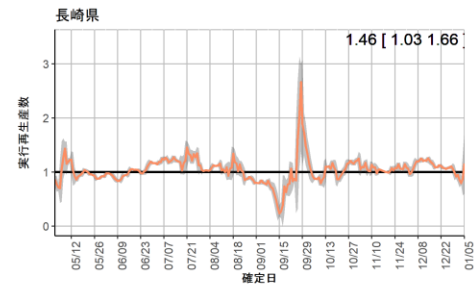
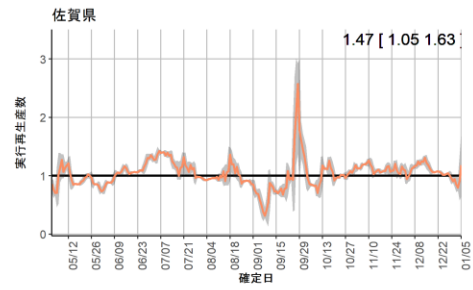
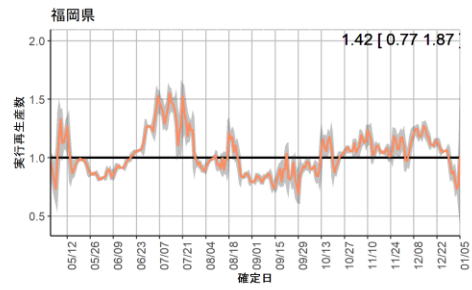
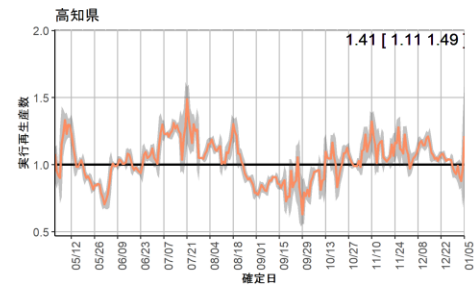
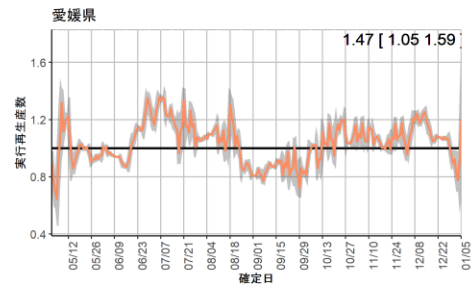
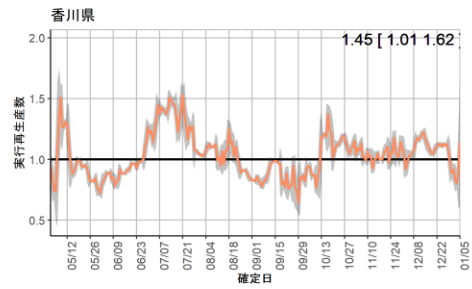
世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。
日ごとの報告数は直近では過小に報告されていること、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。



世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。
日ごとの報告数は直近では過小に報告されていること、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。

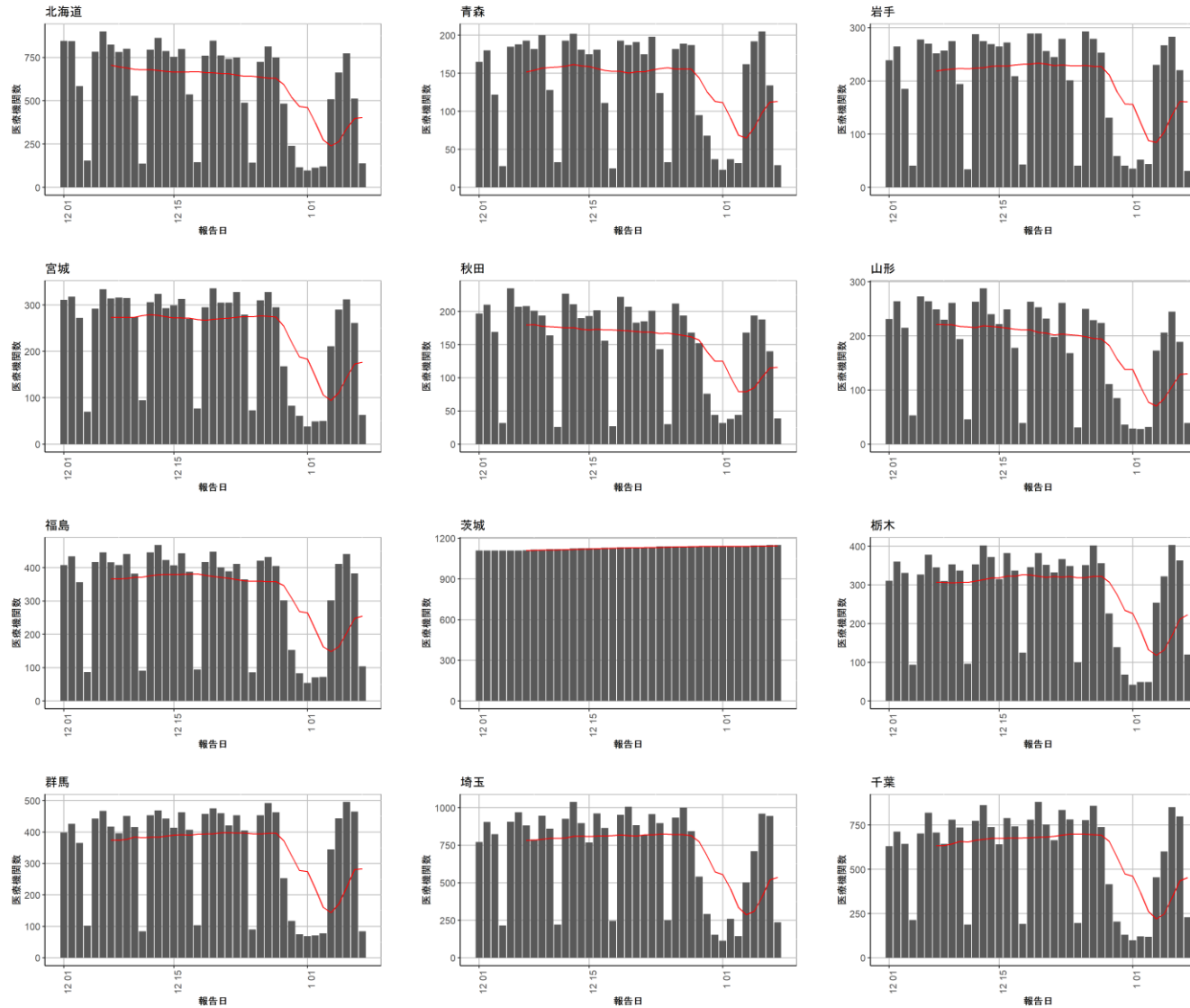


世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。
日ごとの報告数は直近では過小に報告されていること、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。



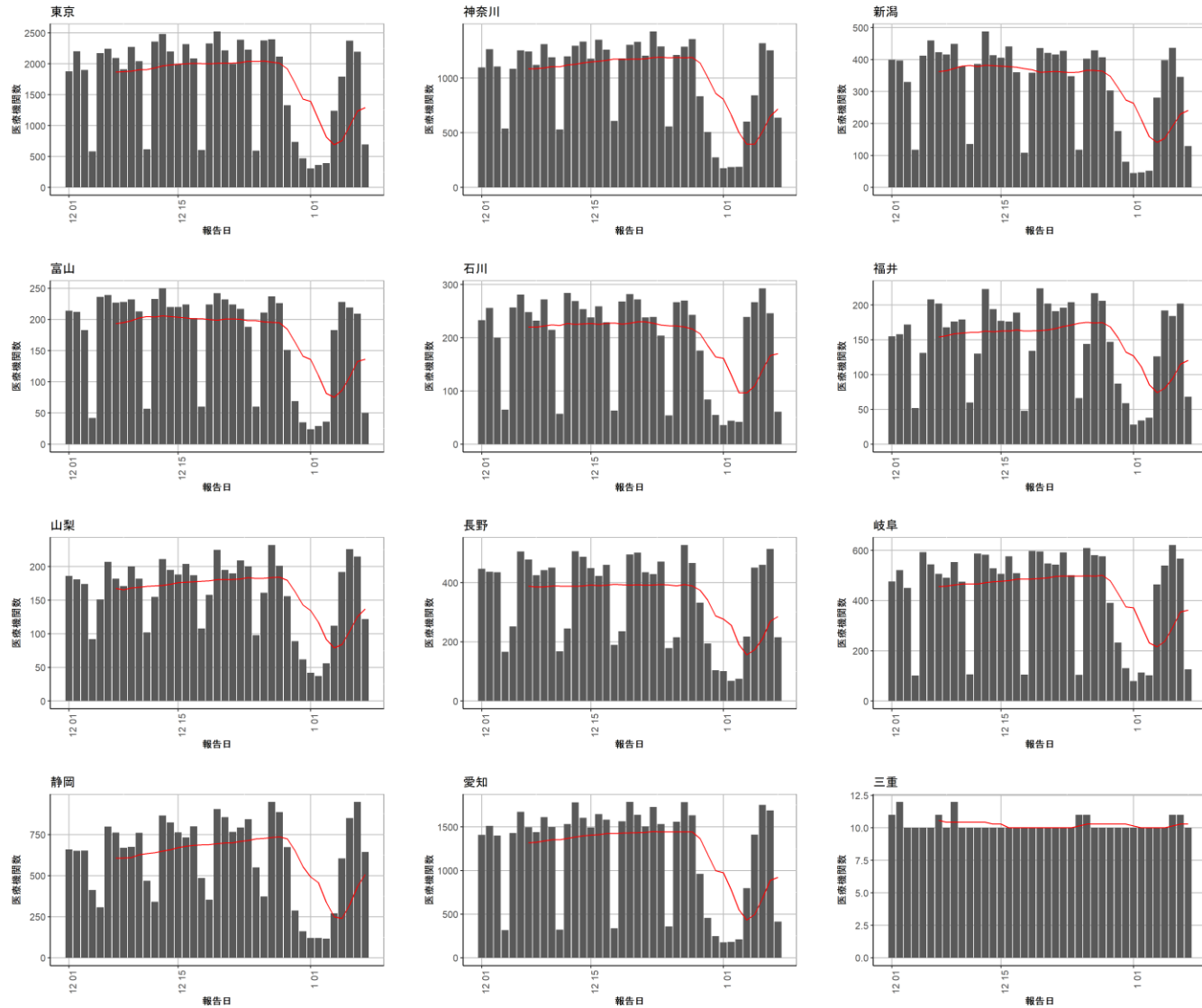
世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。
日ごとの報告数は直近では過小に報告されていること、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。

都道府県ごとの症例を報告した医療機関数（棒グラフ）と七日間移動平均（赤線）



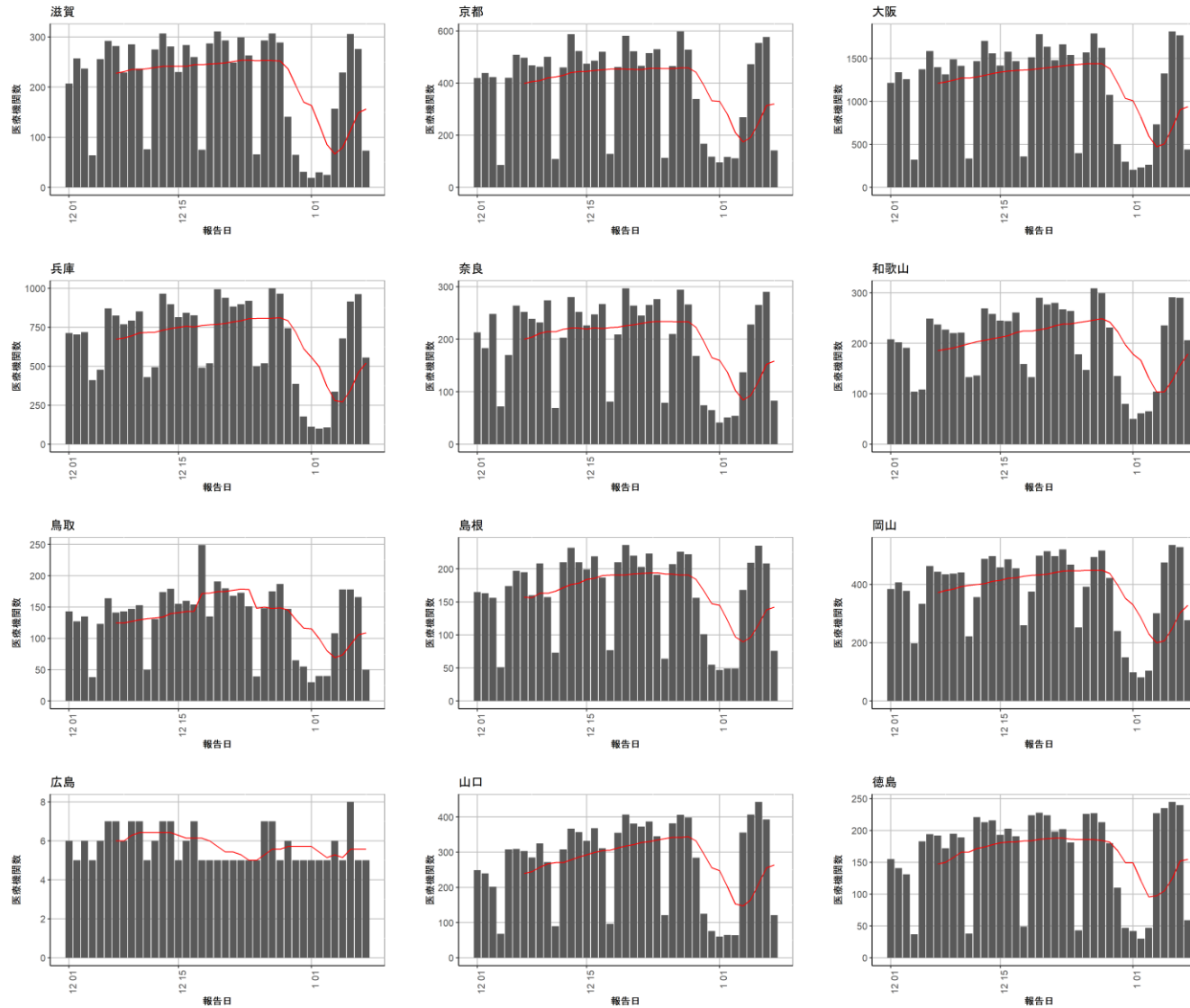
2022年12月1日から2023年1月9日までにHER-SYSの全数把握データに登録されたデータを用いて図示した
 報告遅れ・修正があるために直近では過小評価となる可能性がある
 一部の自治体では届出医療機関に加えて届出のない医療機関も登録しているため報告機関数の変動が把握できないことに留意が必要である

都道府県ごとの症例を報告した医療機関数（棒グラフ）と七日間移動平均（赤線）



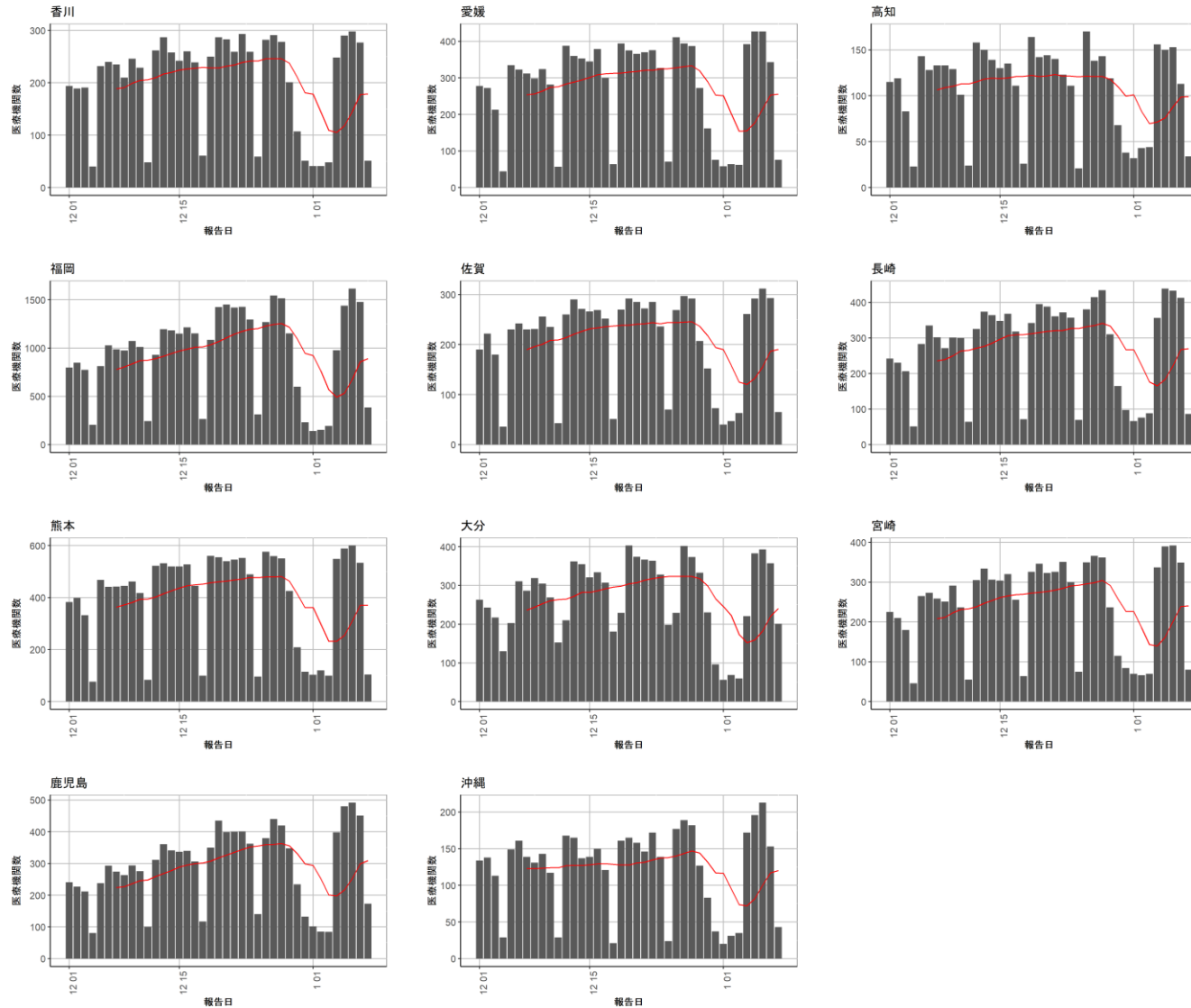
2022年12月1日から2023年1月9日までにHER-SYSの全数把握データに登録されたデータを用いて図示した
 報告遅れ・修正があるために直近では過小評価となる可能性がある
 一部の自治体では届出医療機関に加えて届出のない医療機関も登録しているため報告機関数の変動が把握できないことに留意が必要である

都道府県ごとの症例を報告した医療機関数（棒グラフ）と七日間移動平均（赤線）



2022年12月1日から2023年1月9日までにHER-SYSの全数把握データに登録されたデータを用いて図示した
 報告遅れ・修正があるために直近では過小評価となる可能性がある
 一部の自治体では届出医療機関に加えて届出のない医療機関も登録しているため報告機関数の変動が把握できないことに留意が必要である

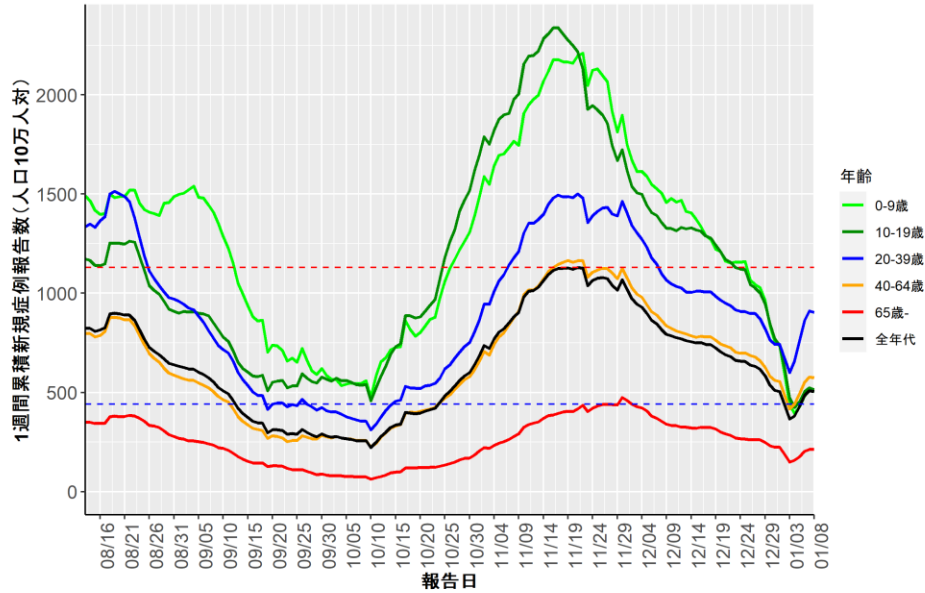
都道府県ごとの症例を報告した医療機関数（棒グラフ）と七日間移動平均（赤線）



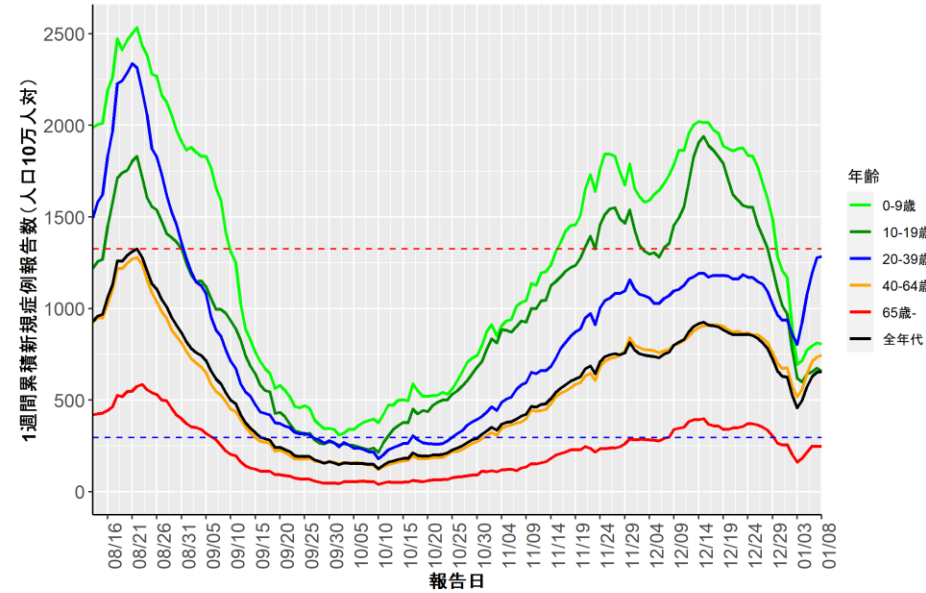
2022年12月1日から2023年1月9日までにHER-SYSの全数把握データに登録されたデータを用いて図示した
 報告遅れ・修正があるために直近では過小評価となる可能性がある
 一部の自治体では届出医療機関に加えて届出のない医療機関も登録しているため報告機関数の変動が把握できないことに留意が必要である

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（1月9日時点）

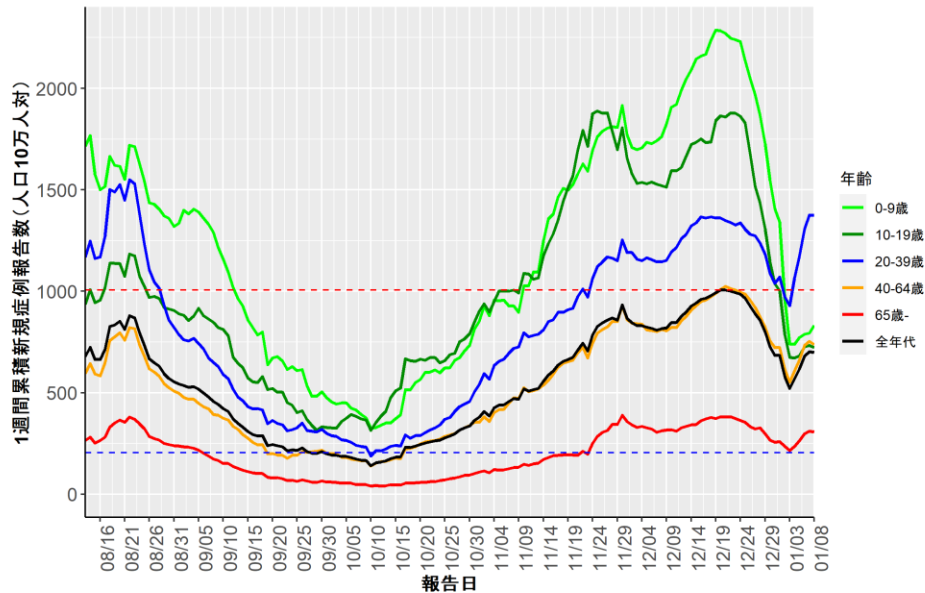
北海道 (HER-SYS)



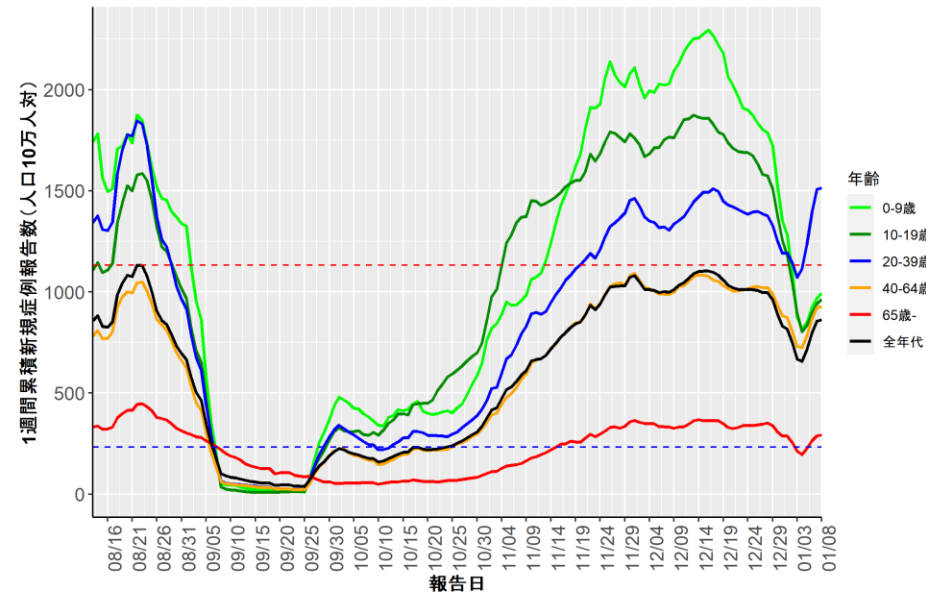
青森 (HER-SYS)



岩手 (HER-SYS)



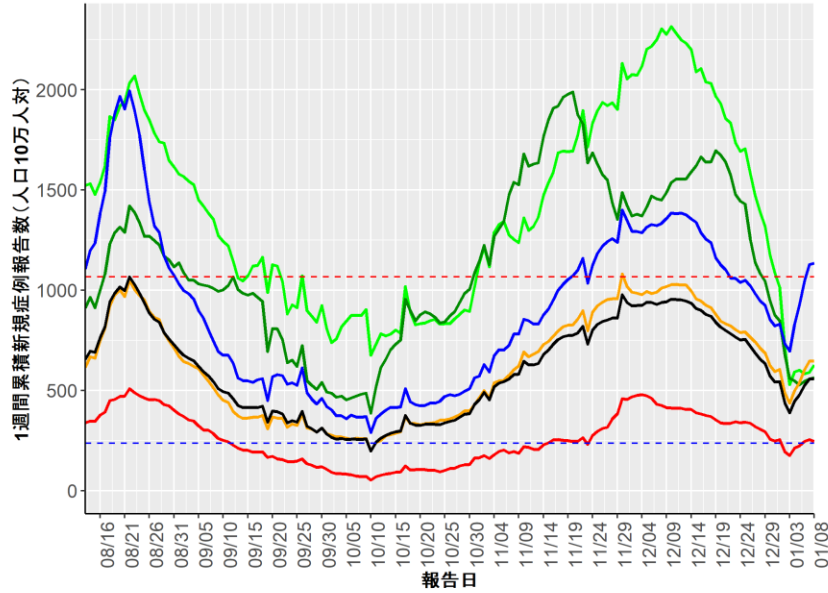
宮城 (HER-SYS)



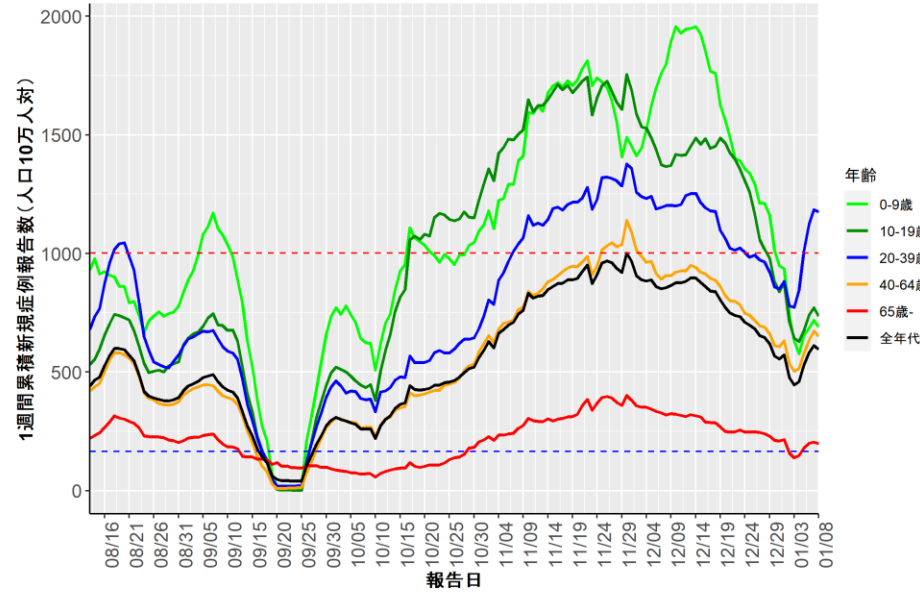
赤点線：7波の全年齢層のピーク値
青点線：6波の全年齢層のピーク値

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（1月9日時点）

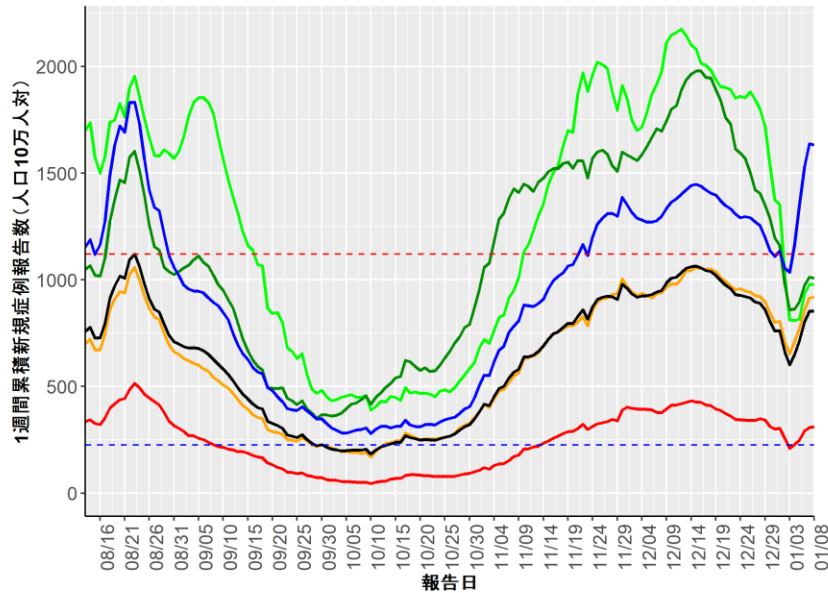
秋田 (HER-SYS)



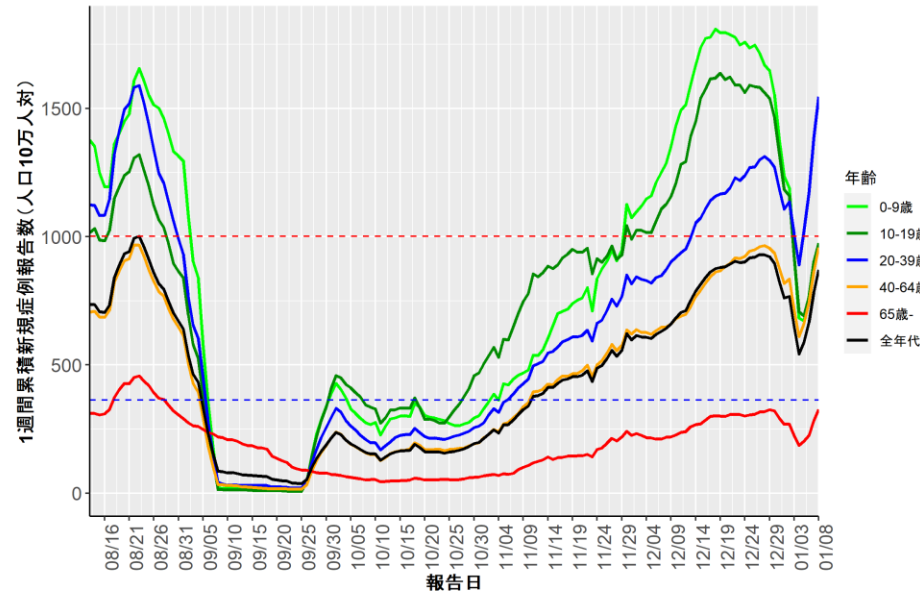
山形 (HER-SYS)



福島 (HER-SYS)

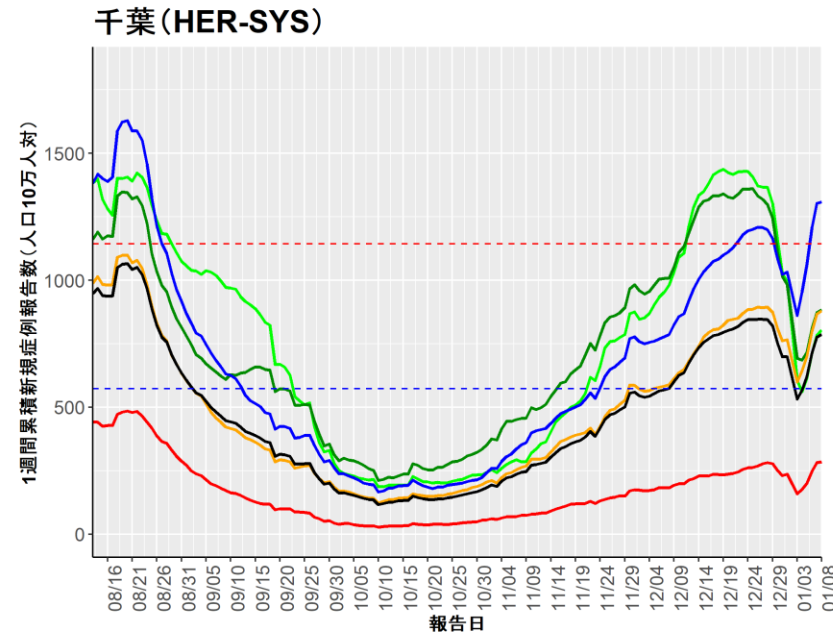
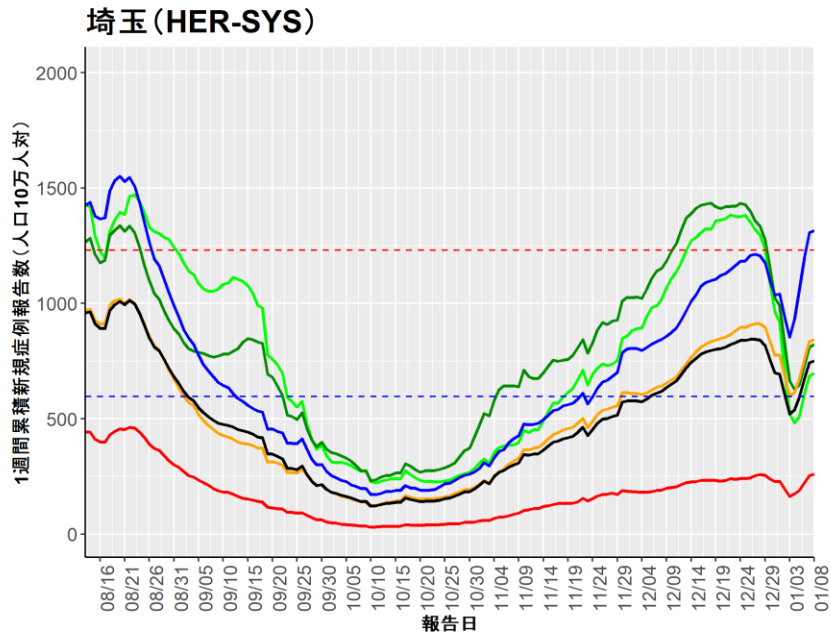
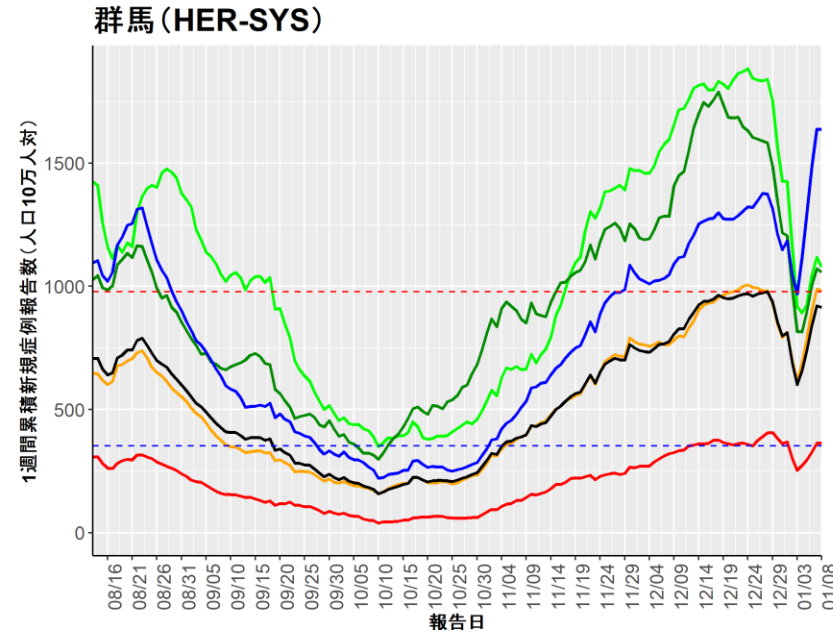
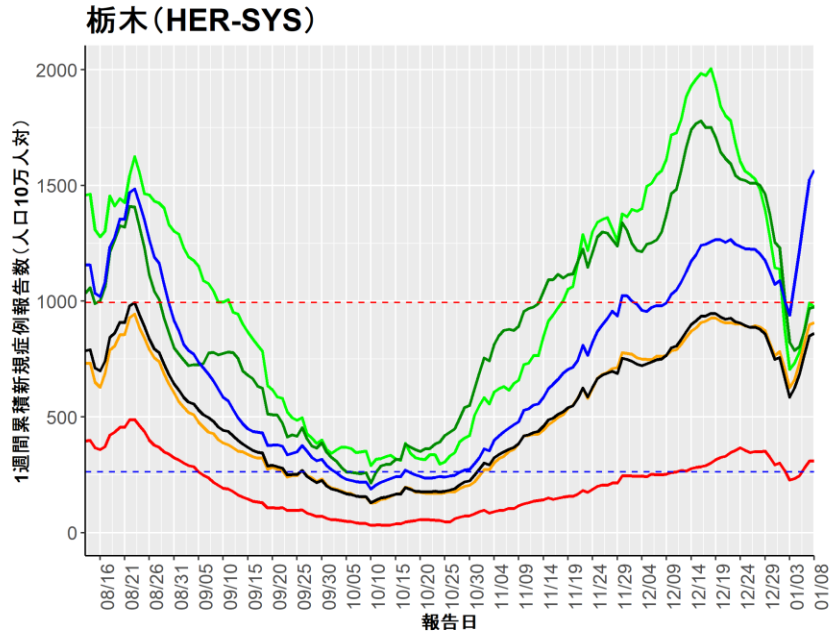


茨城 (HER-SYS)



赤点線：7波の全年齢層のピーク値
青点線：6波の全年齢層のピーク値

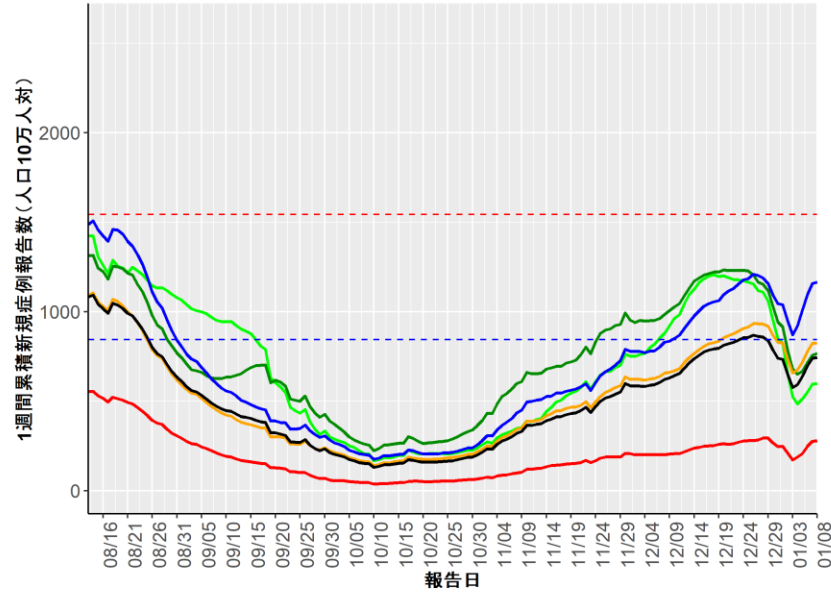
人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（1月9日時点）



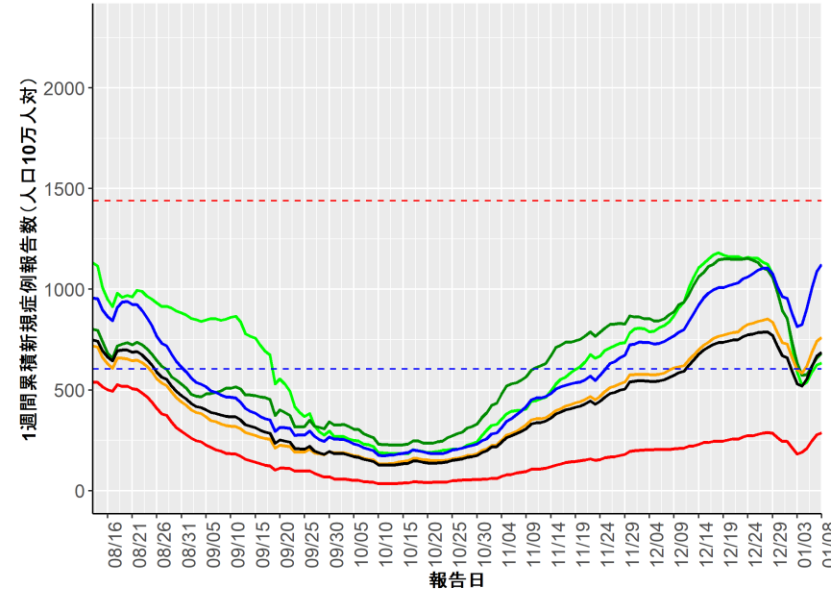
赤点線：7波の全年齢層のピーク値
 青点線：6波の全年齢層のピーク値

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（1月9日時点）

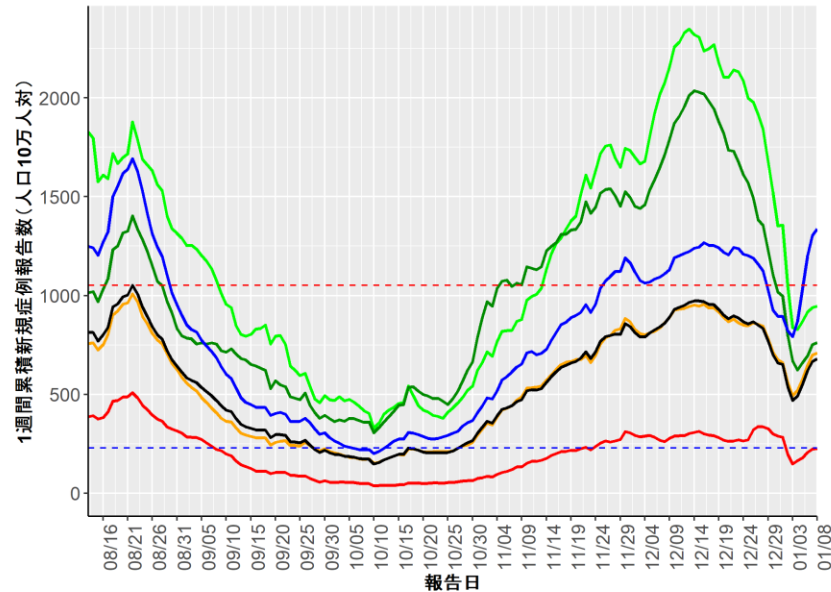
東京 (HER-SYS)



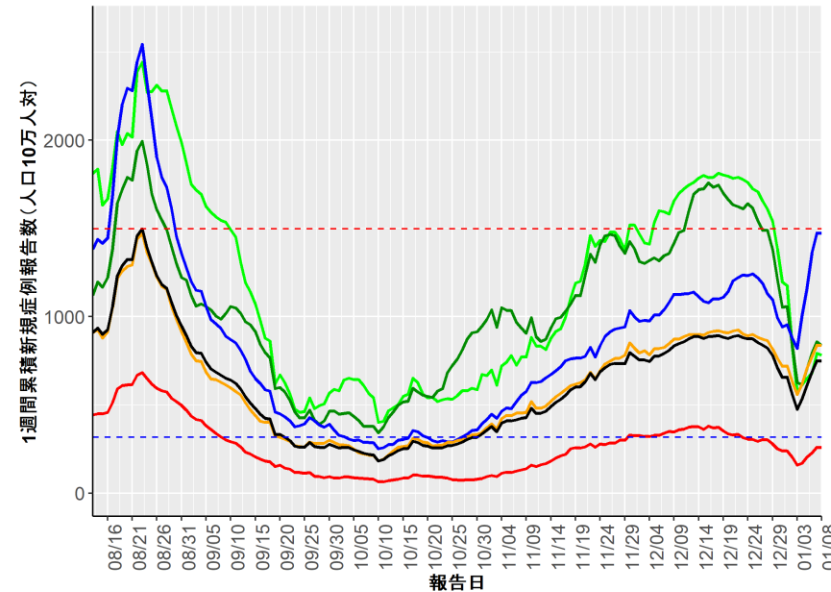
神奈川 (HER-SYS)



新潟 (HER-SYS)

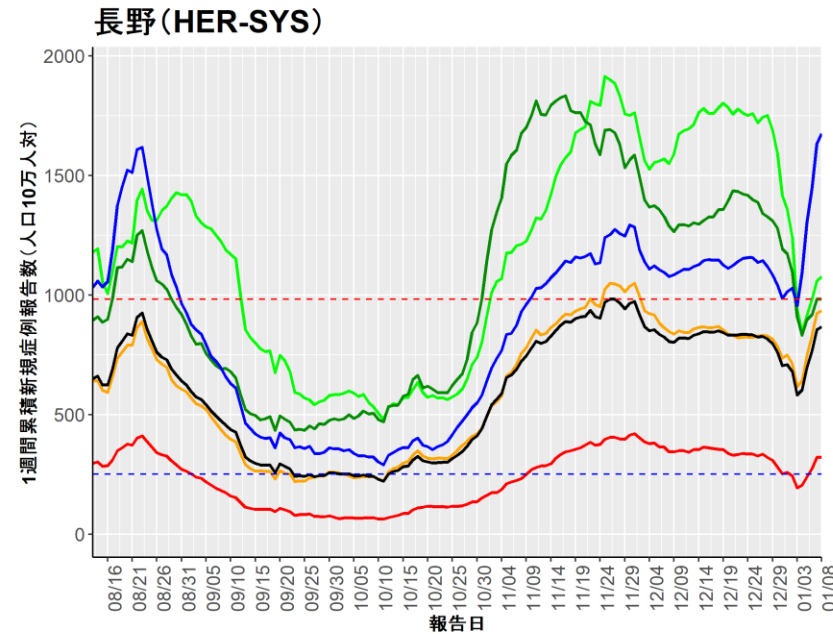
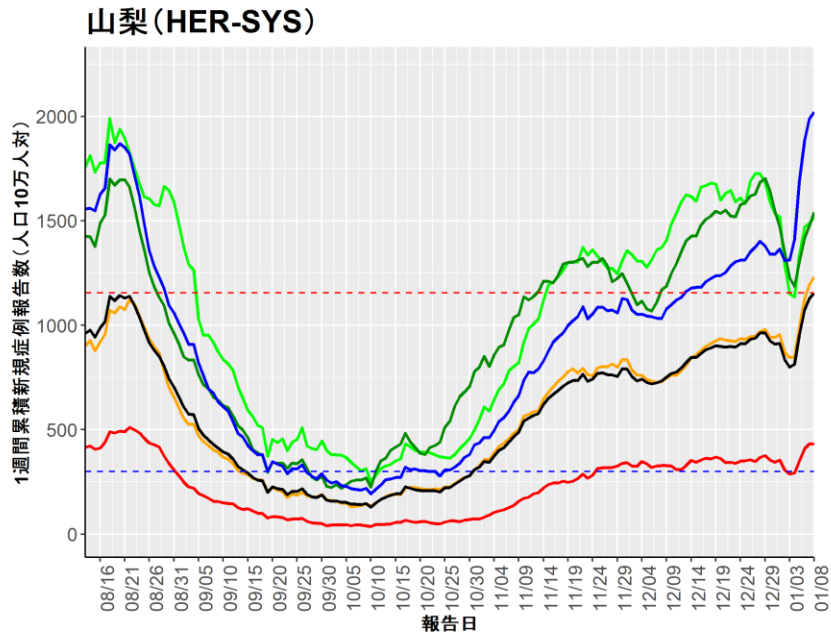
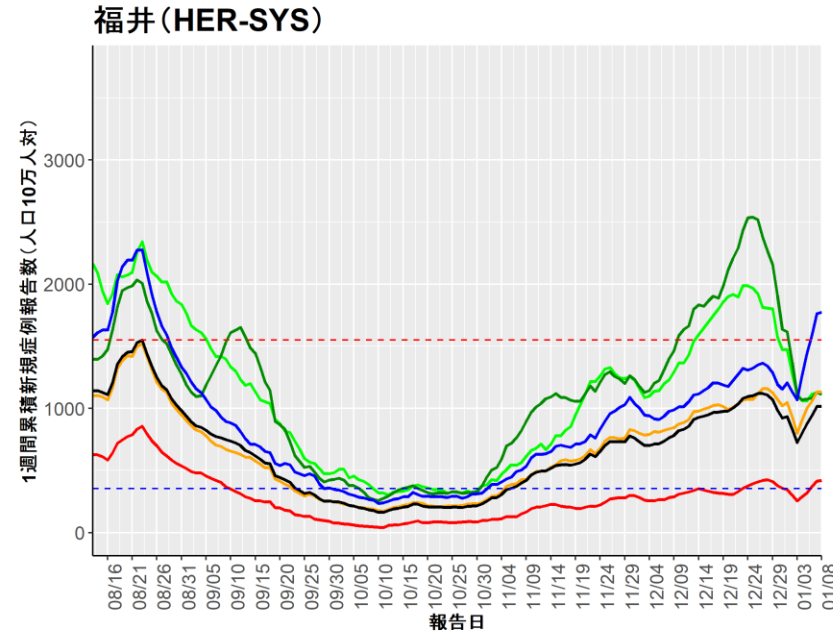
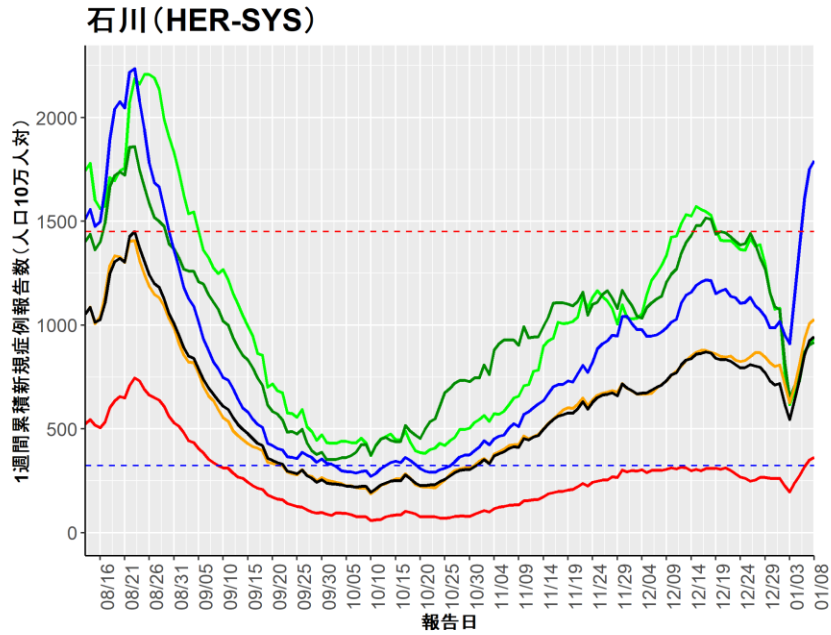


富山 (HER-SYS)



赤点線：7波の全年齢層のピーク値
青点線：6波の全年齢層のピーク値

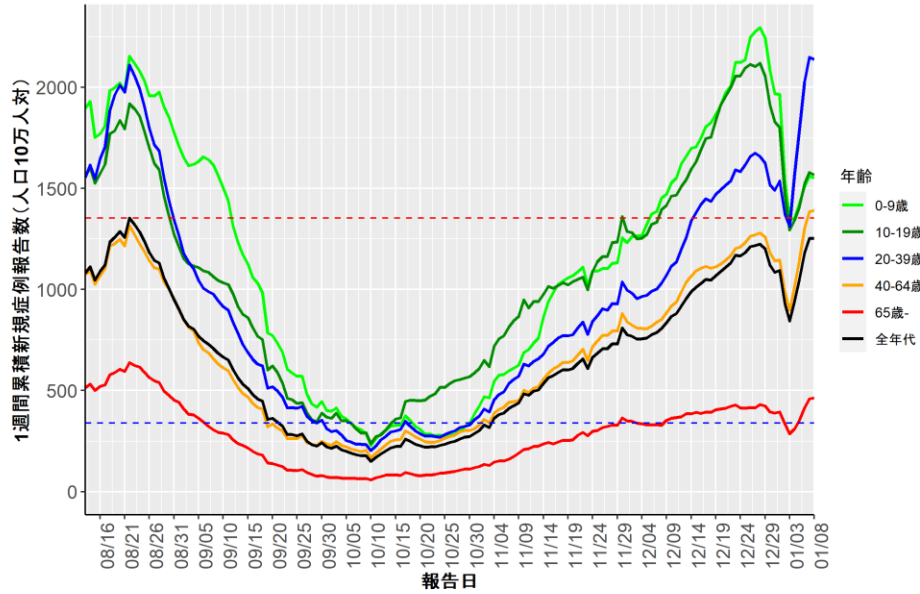
人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（1月9日時点）



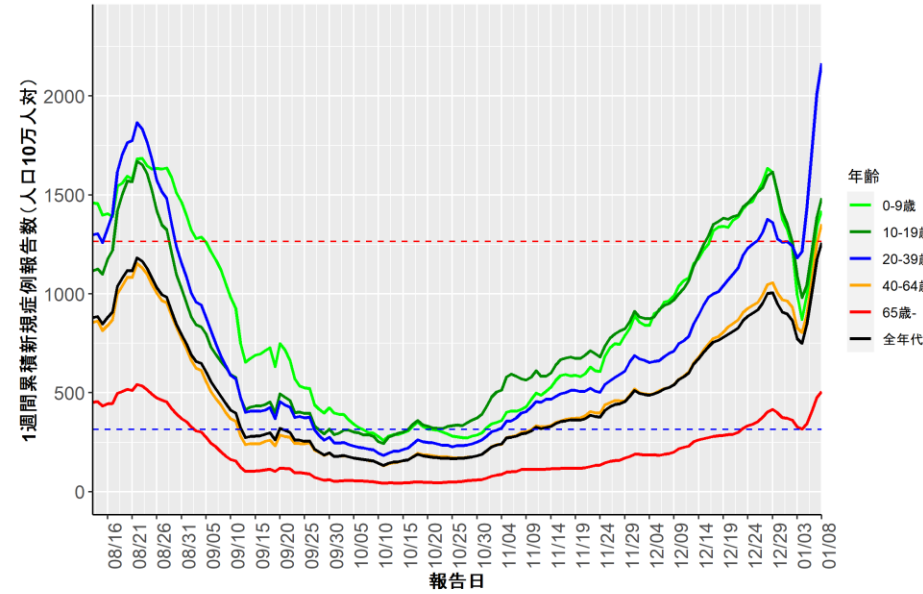
赤点線：7波の全年齢層のピーク値
青点線：6波の全年齢層のピーク値

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（1月9日時点）

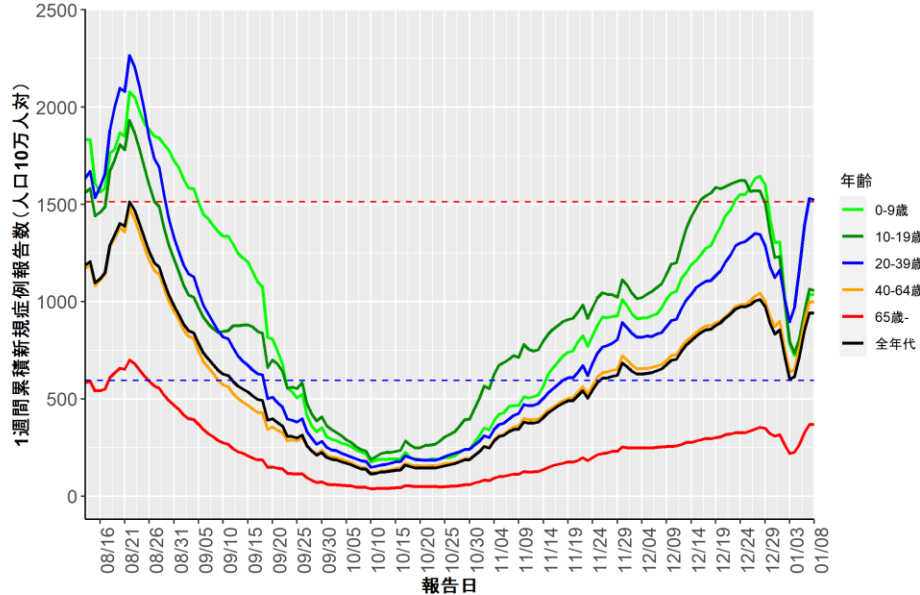
岐阜 (HER-SYS)



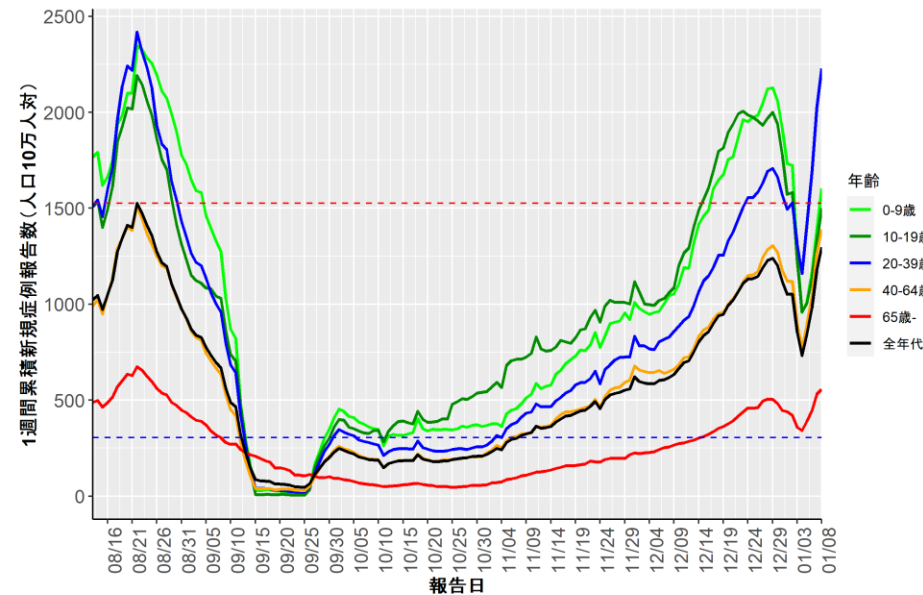
静岡 (HER-SYS)



愛知 (HER-SYS)



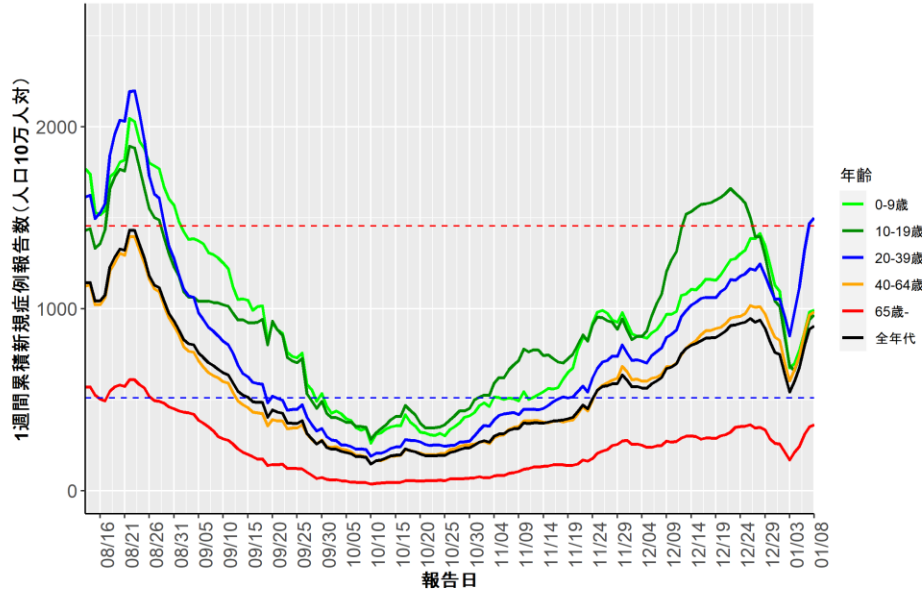
三重 (HER-SYS)



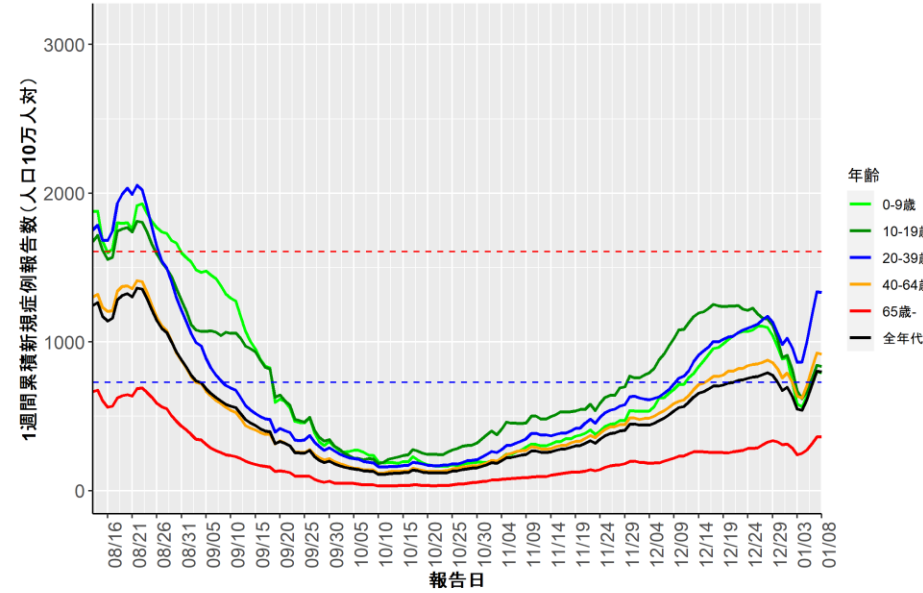
赤点線：7波の全年齢層のピーク値
青点線：6波の全年齢層のピーク値

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（1月9日時点）

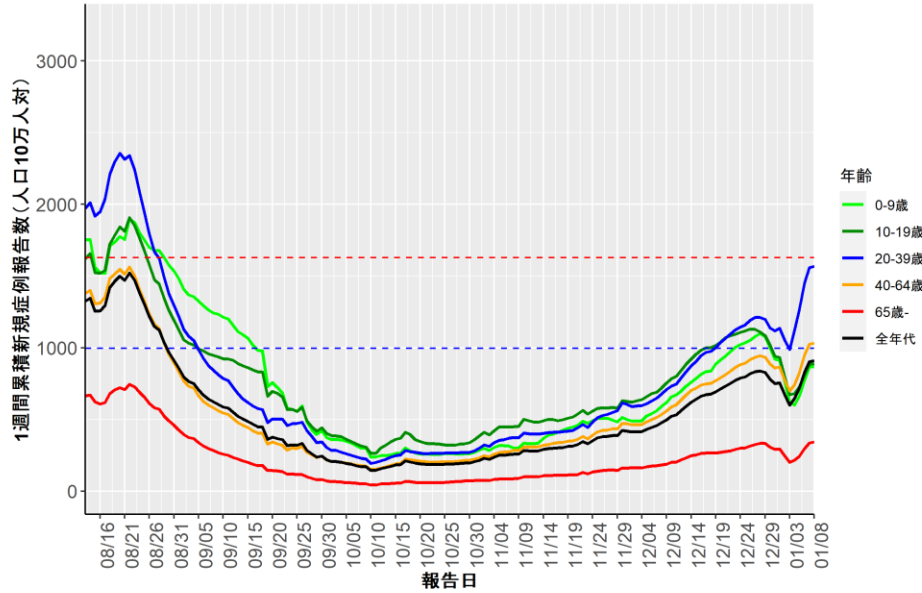
滋賀 (HER-SYS)



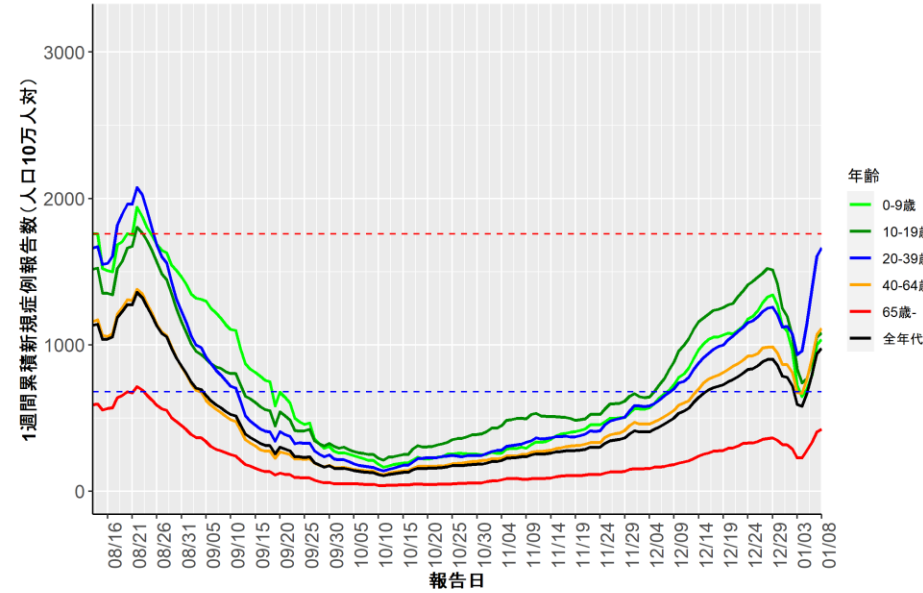
京都 (HER-SYS)



大阪 (HER-SYS)



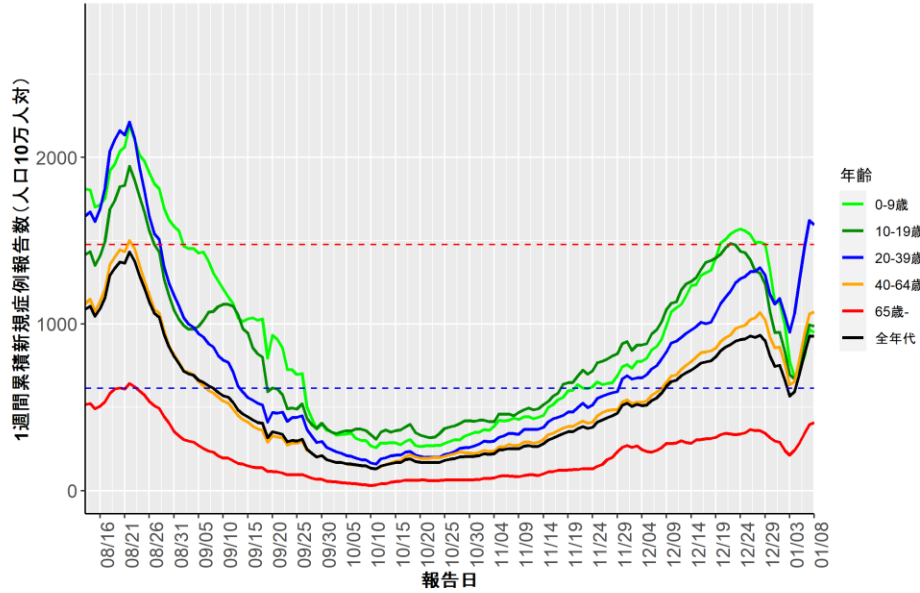
兵庫 (HER-SYS)



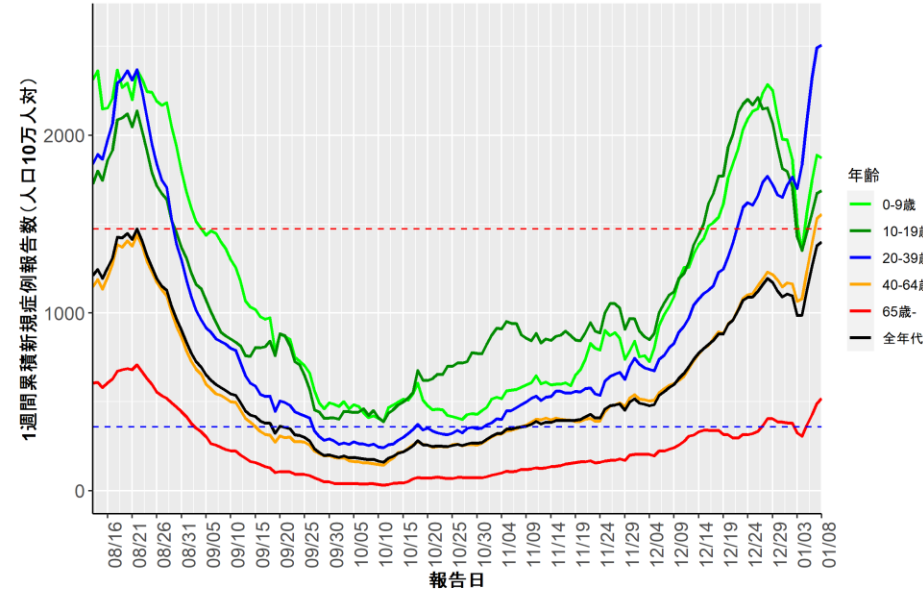
赤点線：7波の全年齢層のピーク値
青点線：6波の全年齢層のピーク値

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（1月9日時点）

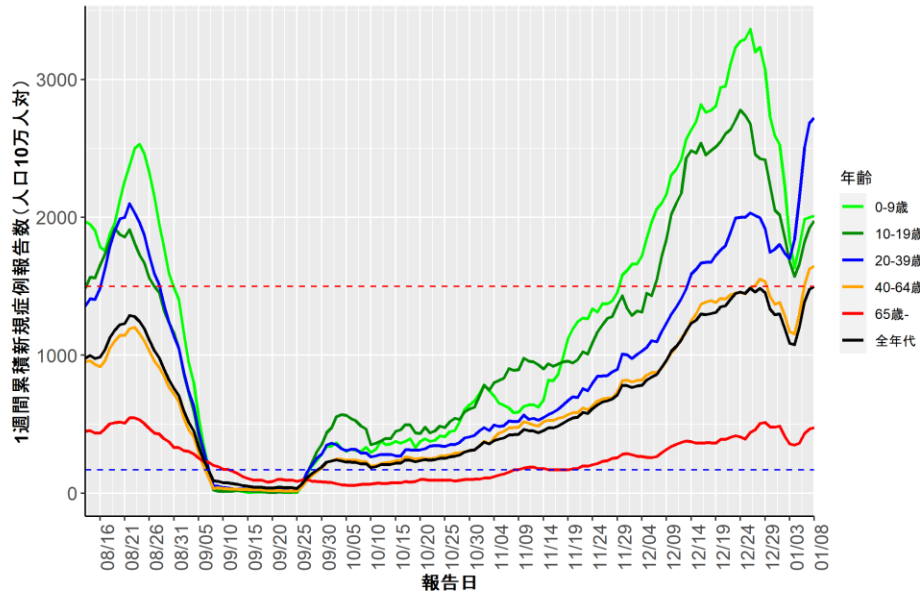
奈良 (HER-SYS)



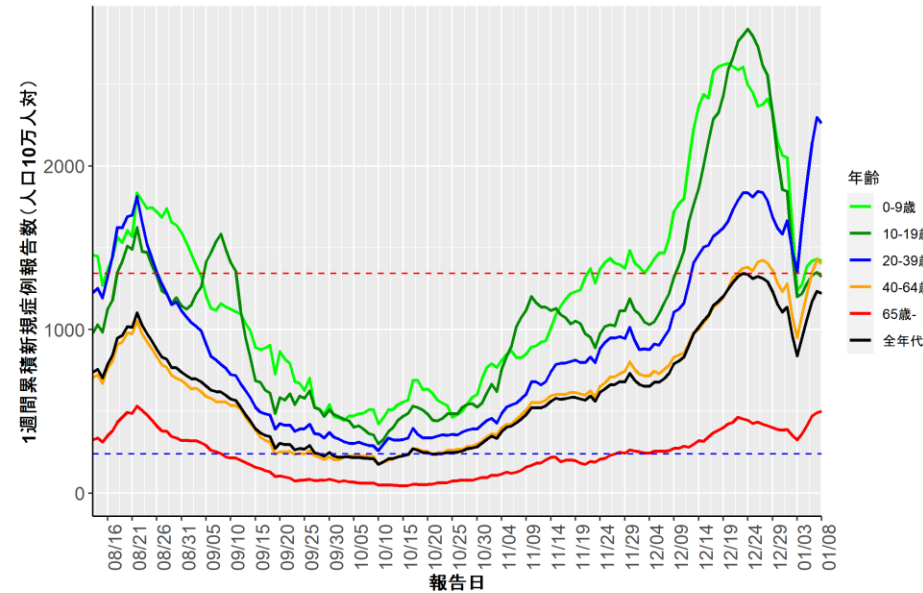
和歌山 (HER-SYS)



鳥取 (HER-SYS)



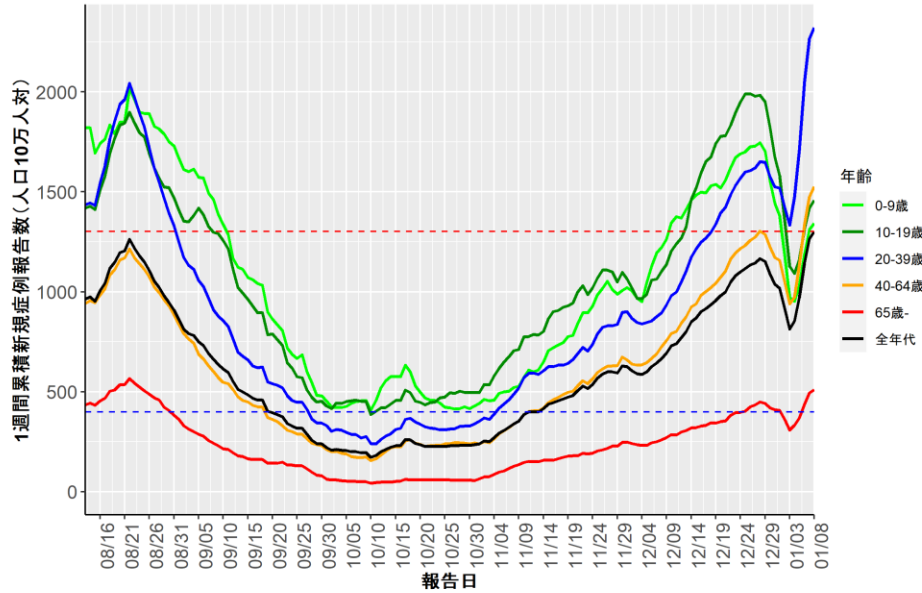
島根 (HER-SYS)



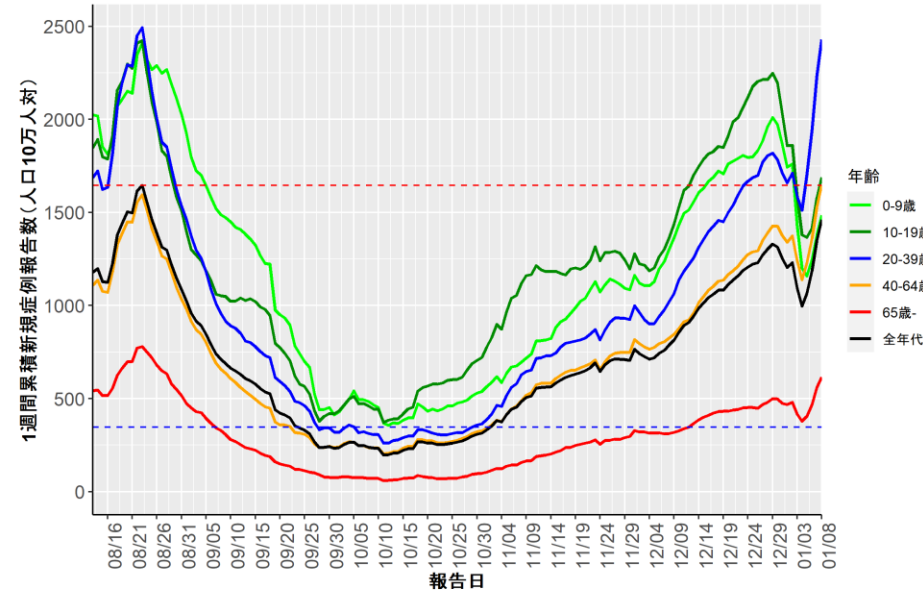
赤点線：7波の全年齢層のピーク値
青点線：6波の全年齢層のピーク値

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（1月9日時点）

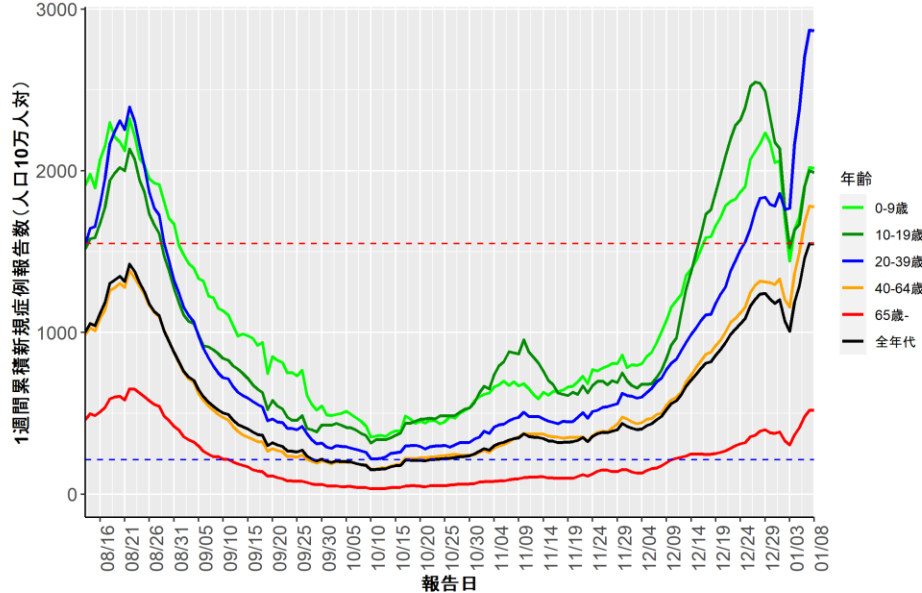
岡山 (HER-SYS)



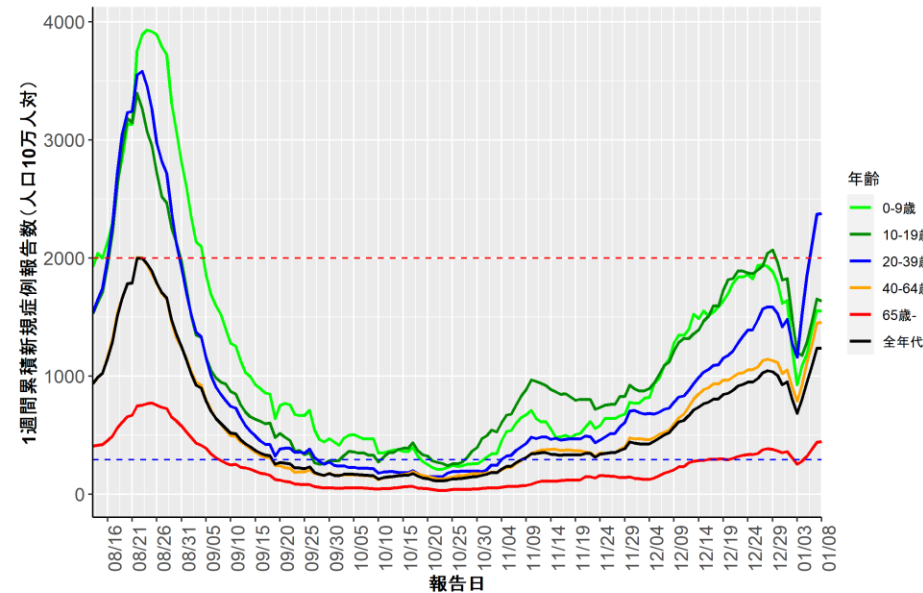
広島 (HER-SYS)



山口 (HER-SYS)



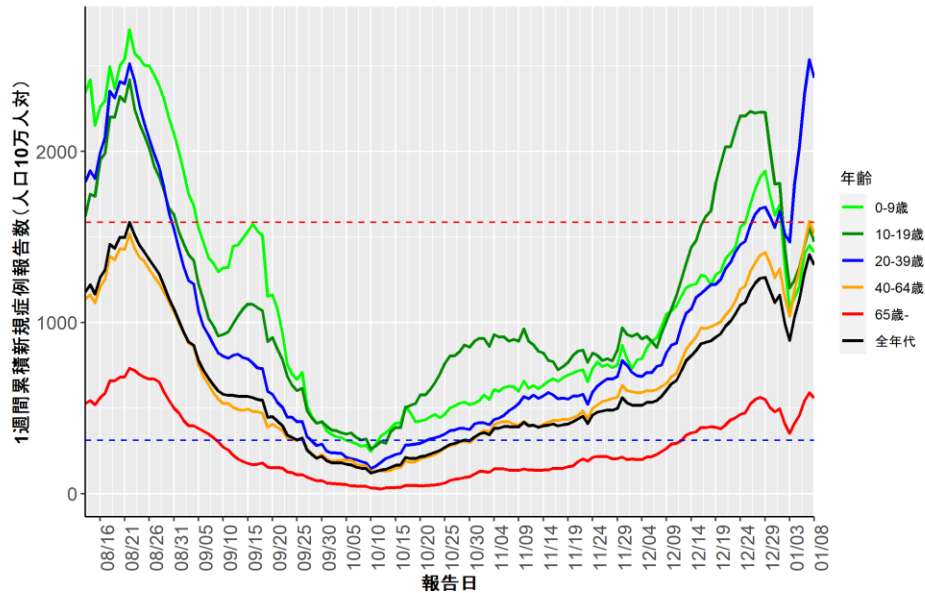
徳島 (HER-SYS)



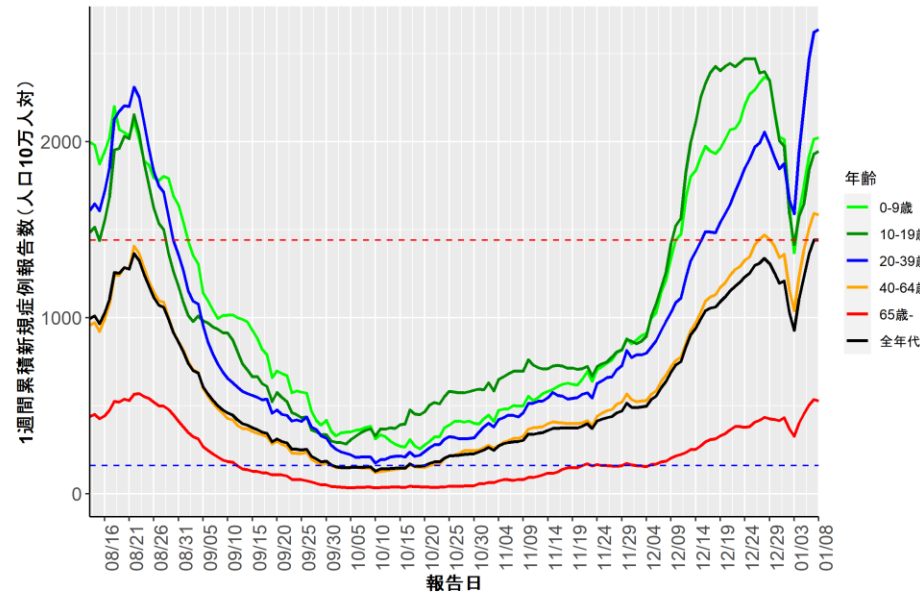
赤点線：7波の全年齢層のピーク値
青点線：6波の全年齢層のピーク値

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（1月9日時点）

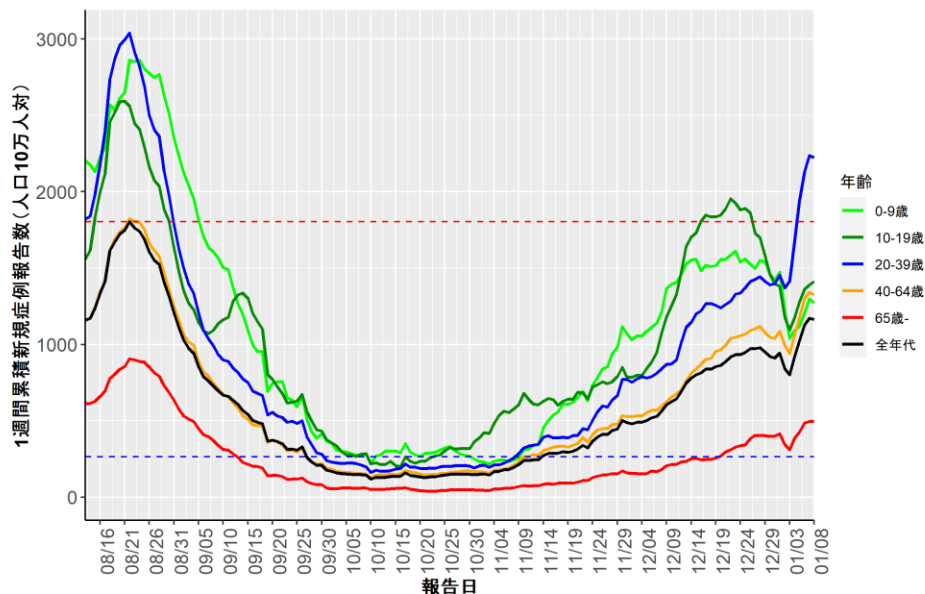
香川 (HER-SYS)



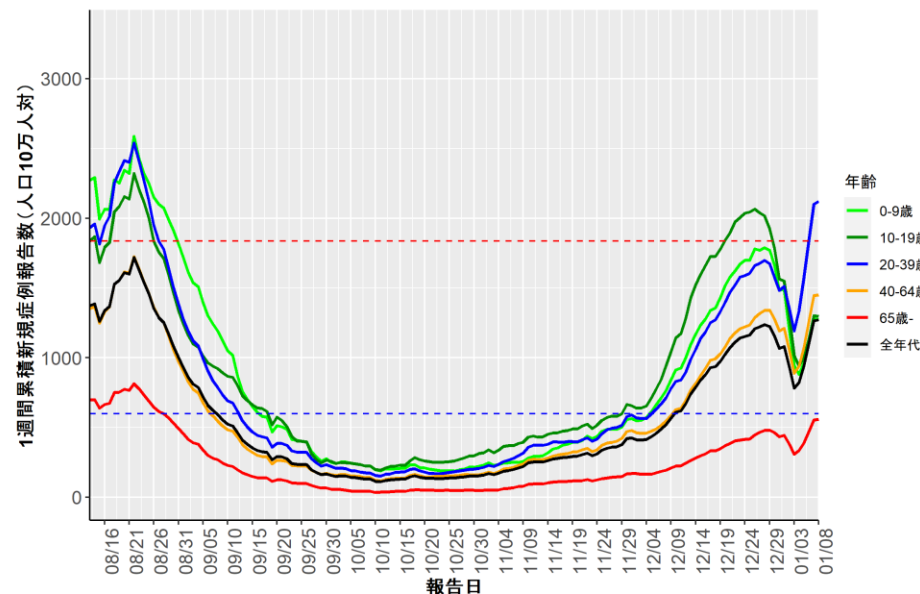
愛媛 (HER-SYS)



高知 (HER-SYS)



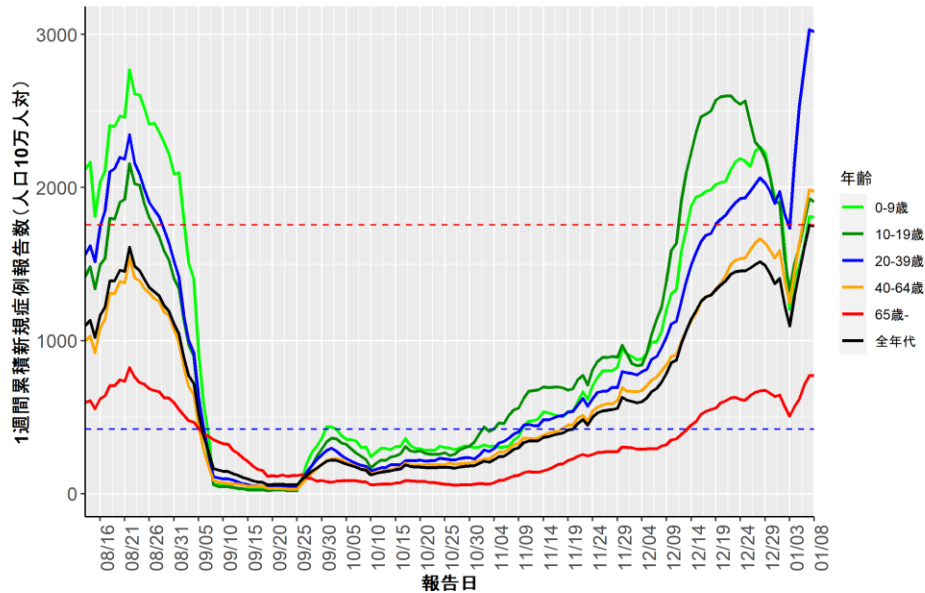
福岡 (HER-SYS)



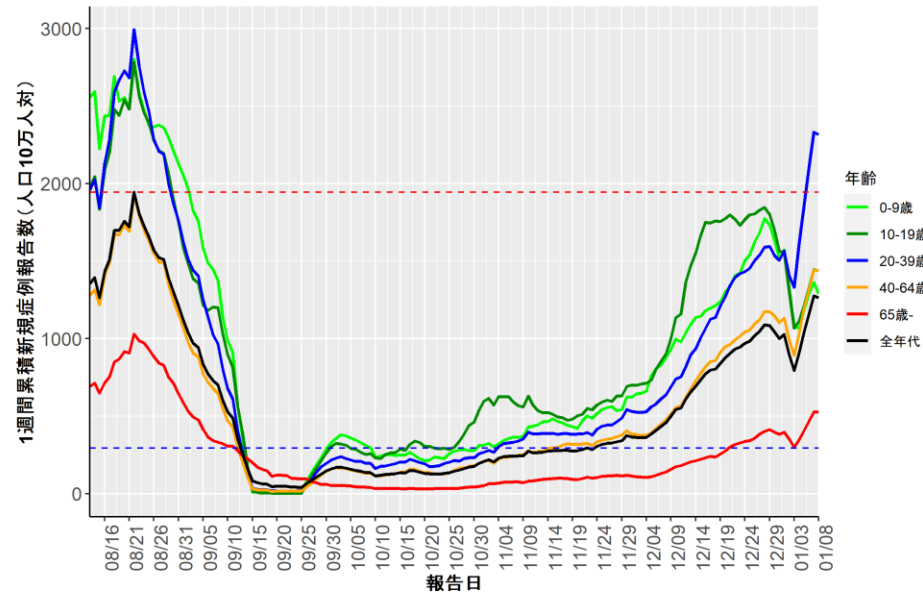
赤点線：7波の全年齢層のピーク値
青点線：6波の全年齢層のピーク値

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（1月9日時点）

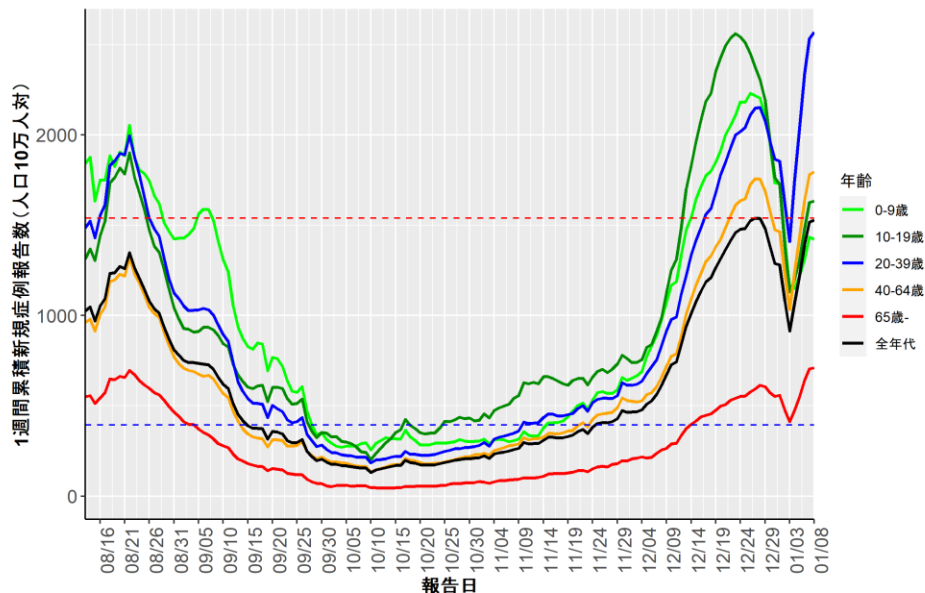
佐賀 (HER-SYS)



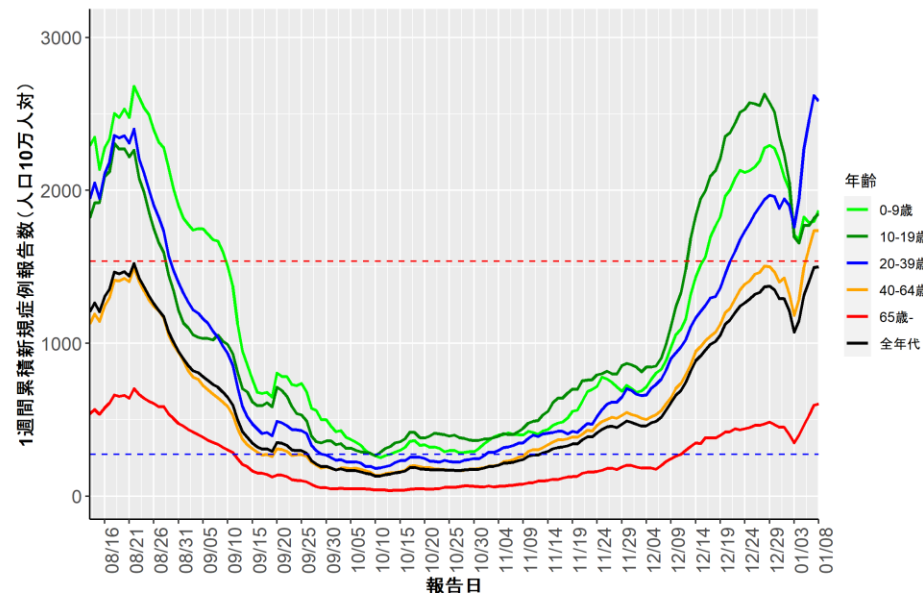
長崎 (HER-SYS)



熊本 (HER-SYS)



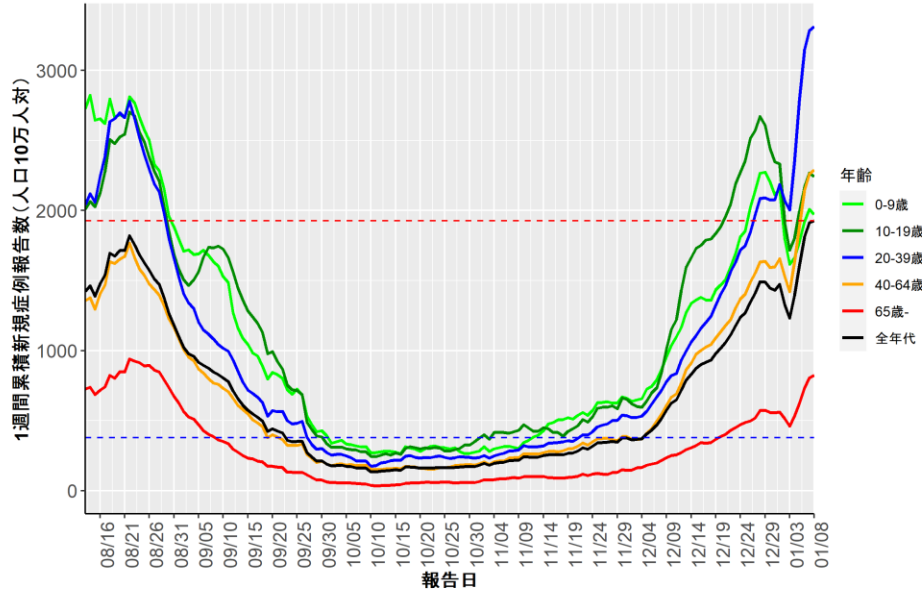
大分 (HER-SYS)



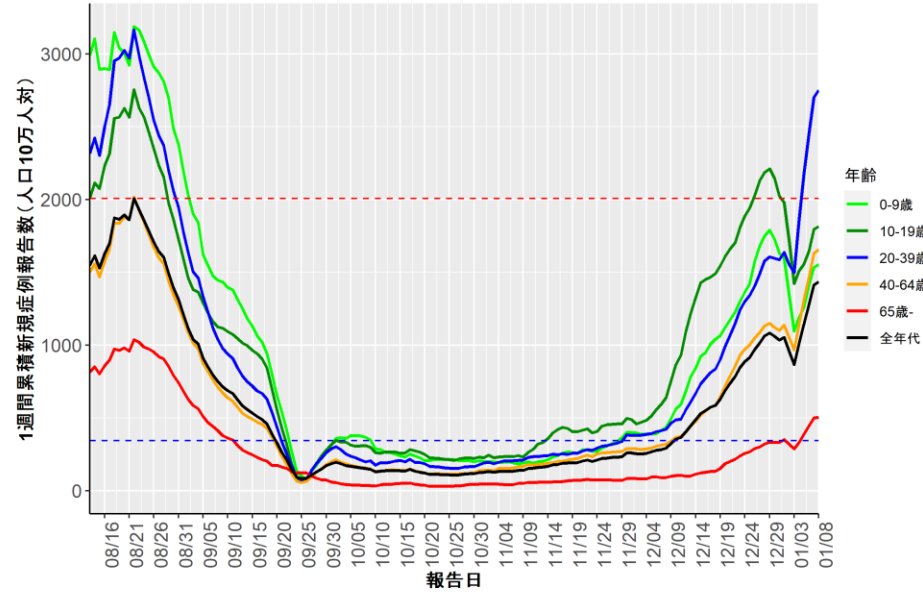
赤点線：7波の全年齢層のピーク値
青点線：6波の全年齢層のピーク値

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（1月9日時点）

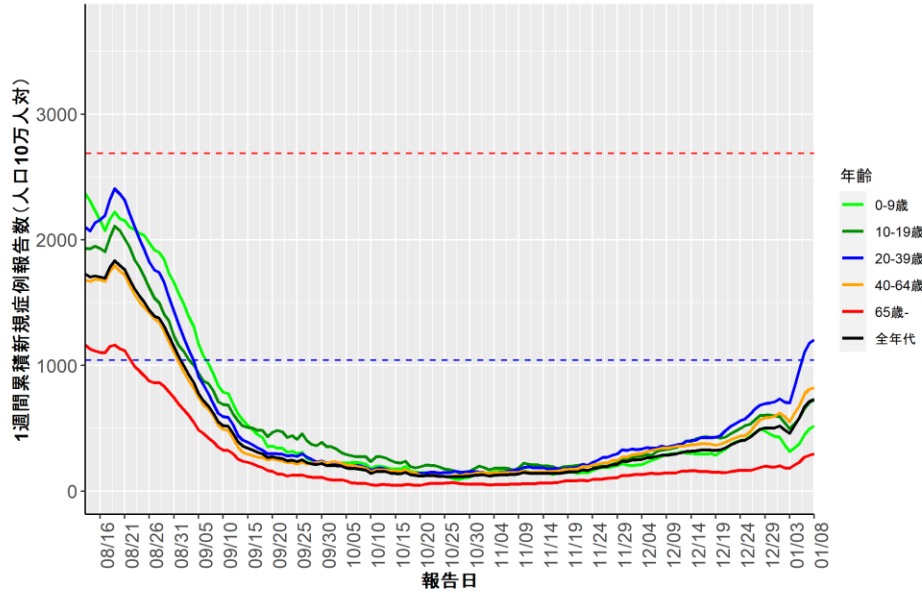
宮崎 (HER-SYS)



鹿児島 (HER-SYS)



沖縄 (HER-SYS)



赤点線：7波の全年齢層のピーク値
青点線：6波の全年齢層のピーク値

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ

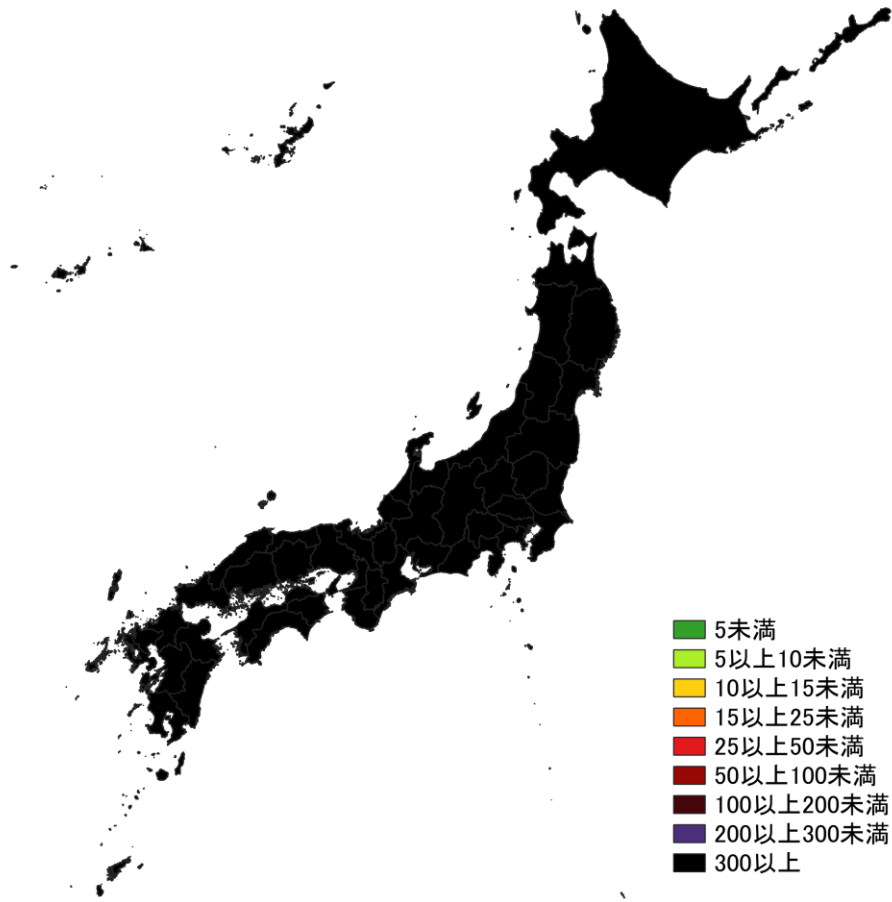
使用データ

- 2023年1月9日時点のHER-SYSの日時報告数を用いて、直近1週間（1/2～1/8）、1週間前（12/26～1/1）の人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数を都道府県別に図示した。同様に、2022年1月9日時点のHER-SYSの日時報告数を用いて保健所管区別の分析を行った。
- **保健所管区別の報告数には、陽性者登録センターの報告数は含まれないことに注意が必要。**
- **陽性者報告体制の変化がある場合、保健所管区別では過小・過大評価になる可能性がある。**
- **期間内に年末年始休みの影響もあるので、解釈注意の必要がある。**
- 集計値修正により、今後変動する可能性がある。

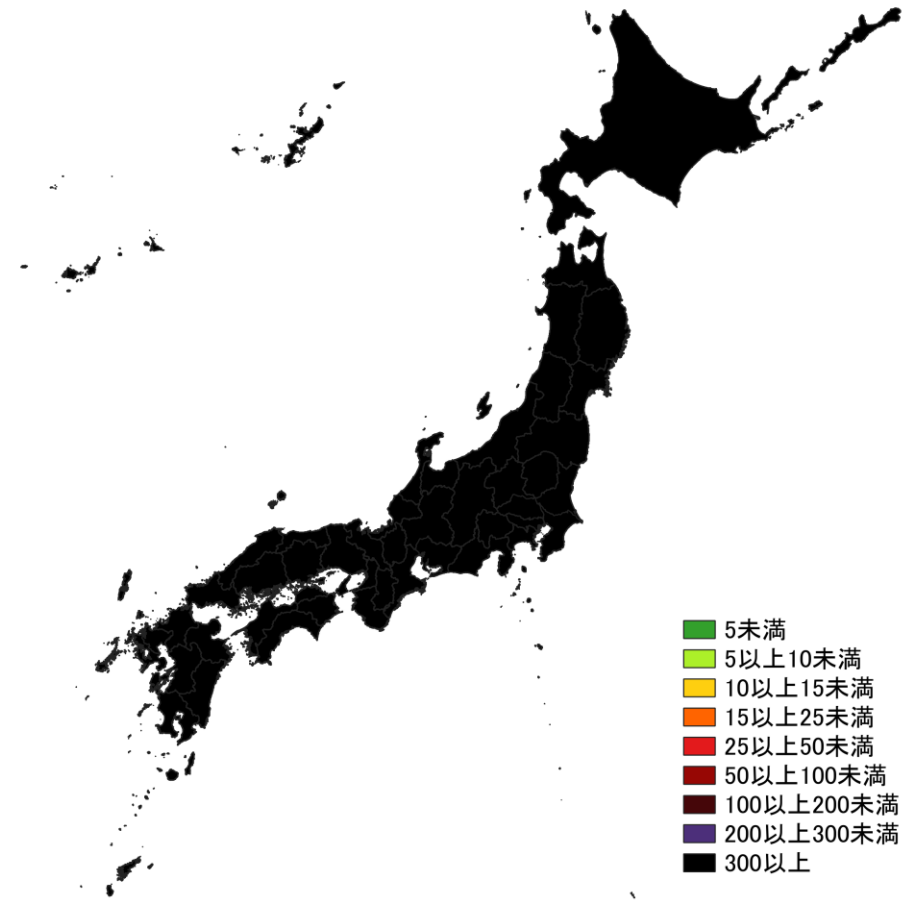
まとめ

- 全国的に人口10万人あたり300以上を超えている。
- 宮崎県では人口10万人あたり1900以上、佐賀県では人口10万人あたり1700以上、山口県と熊本県では人口10万人あたり1500以上、他すべての都道府県で人口10万人あたり500を上回っている。
- 保健所管轄単位では、北海道と東北地域で人口10万人あたり300未満の地域の数が増加した。

人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ
都道府県単位（陽性者登録センターの報告数を含む）

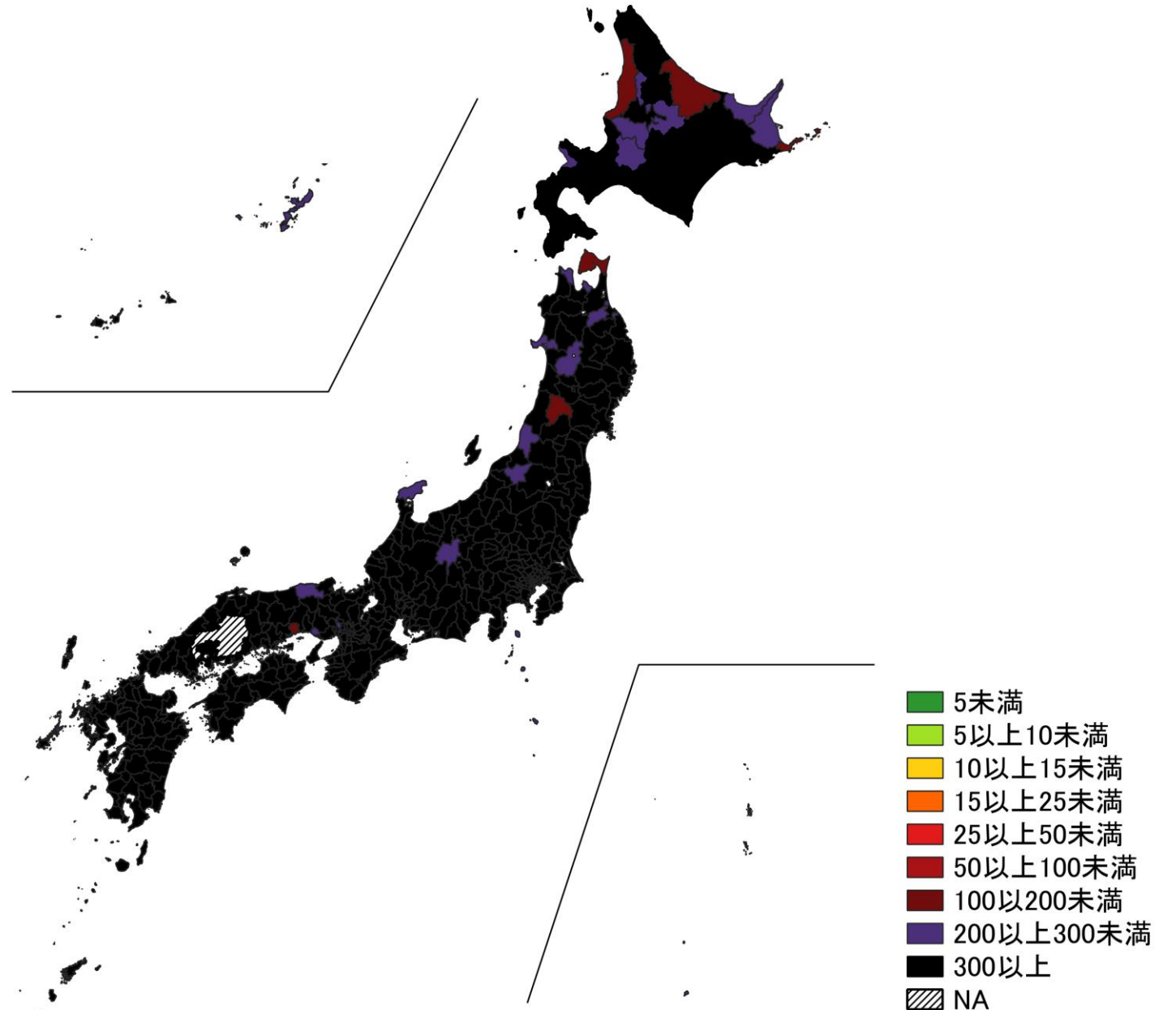


12/26～ 1/1



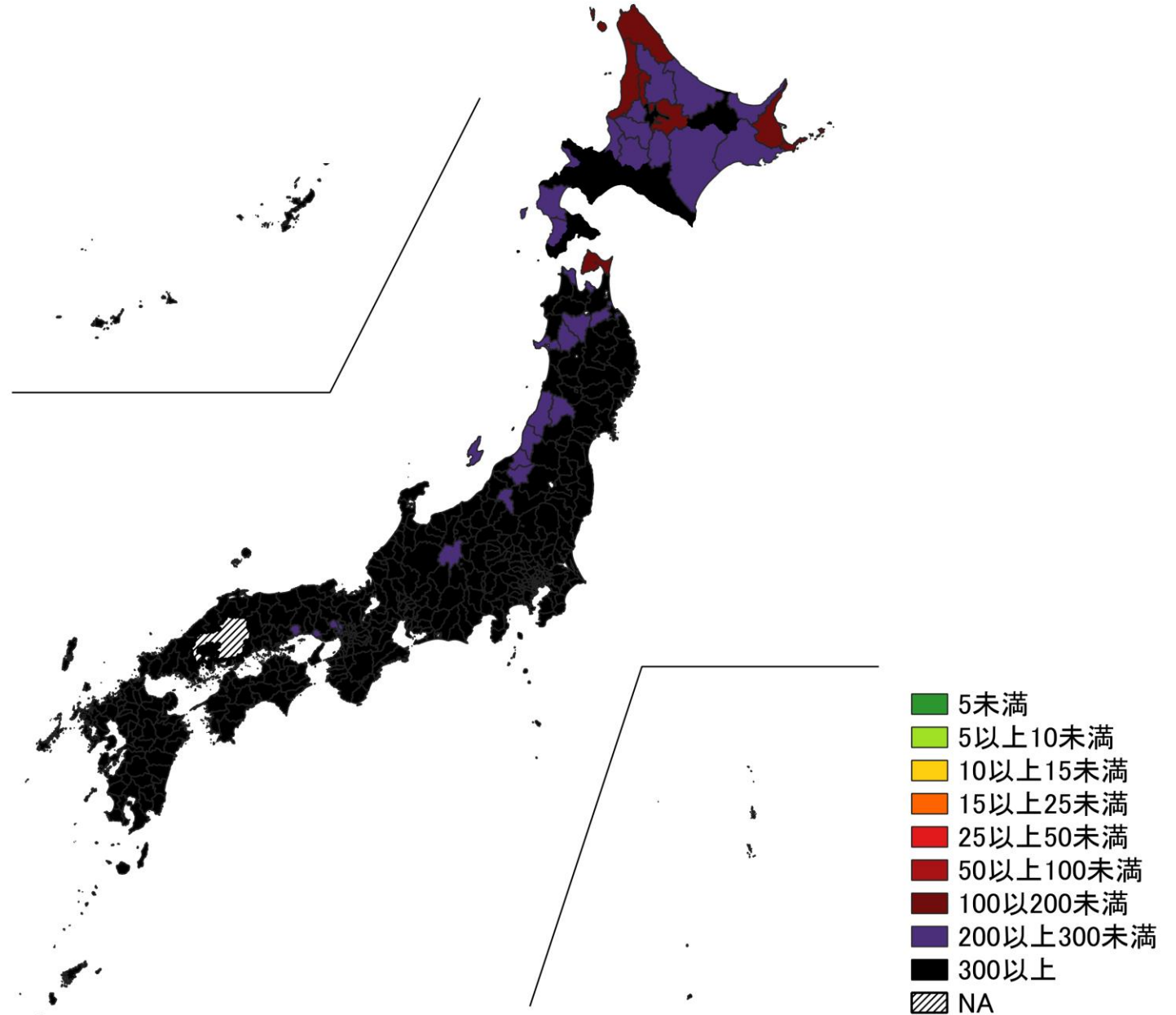
1/2～ 1/8

人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ
 保健所単位 12/26～1/1
 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

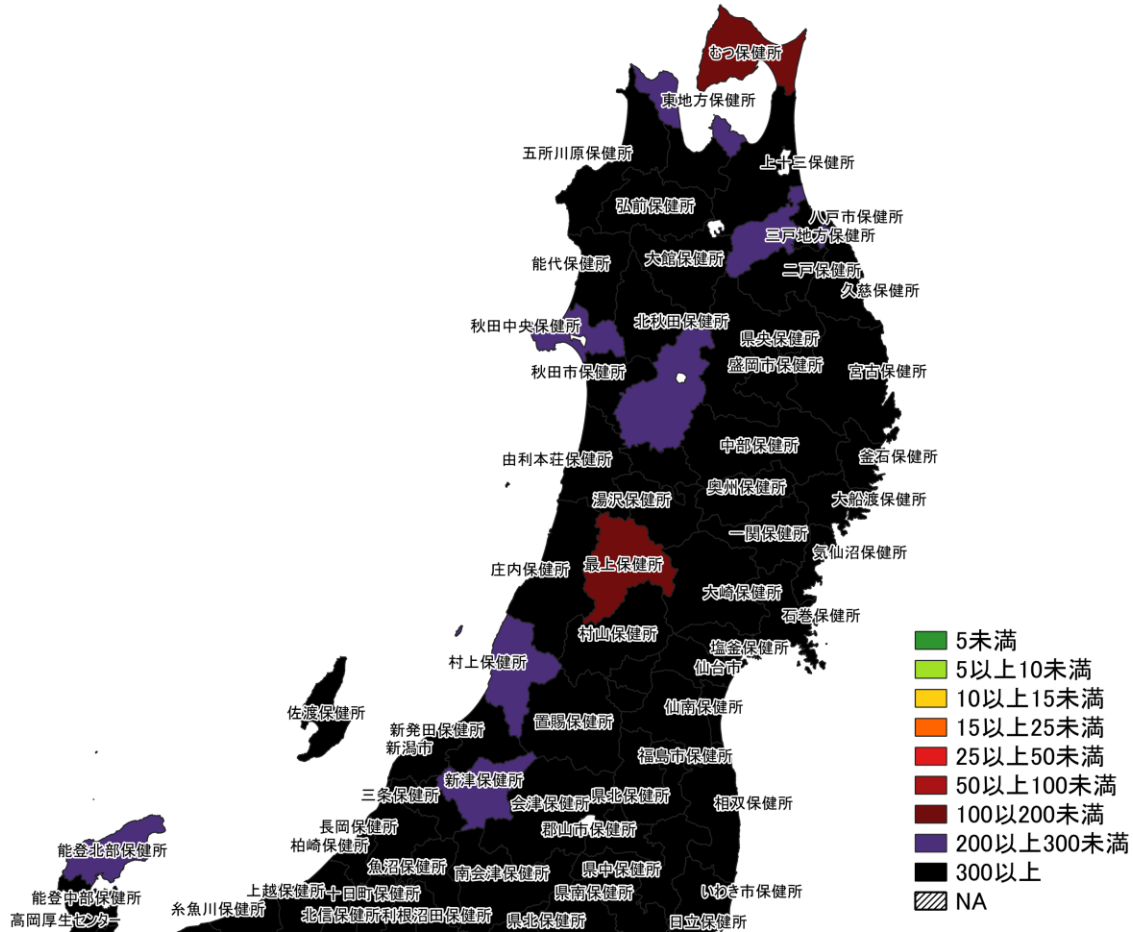


※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要

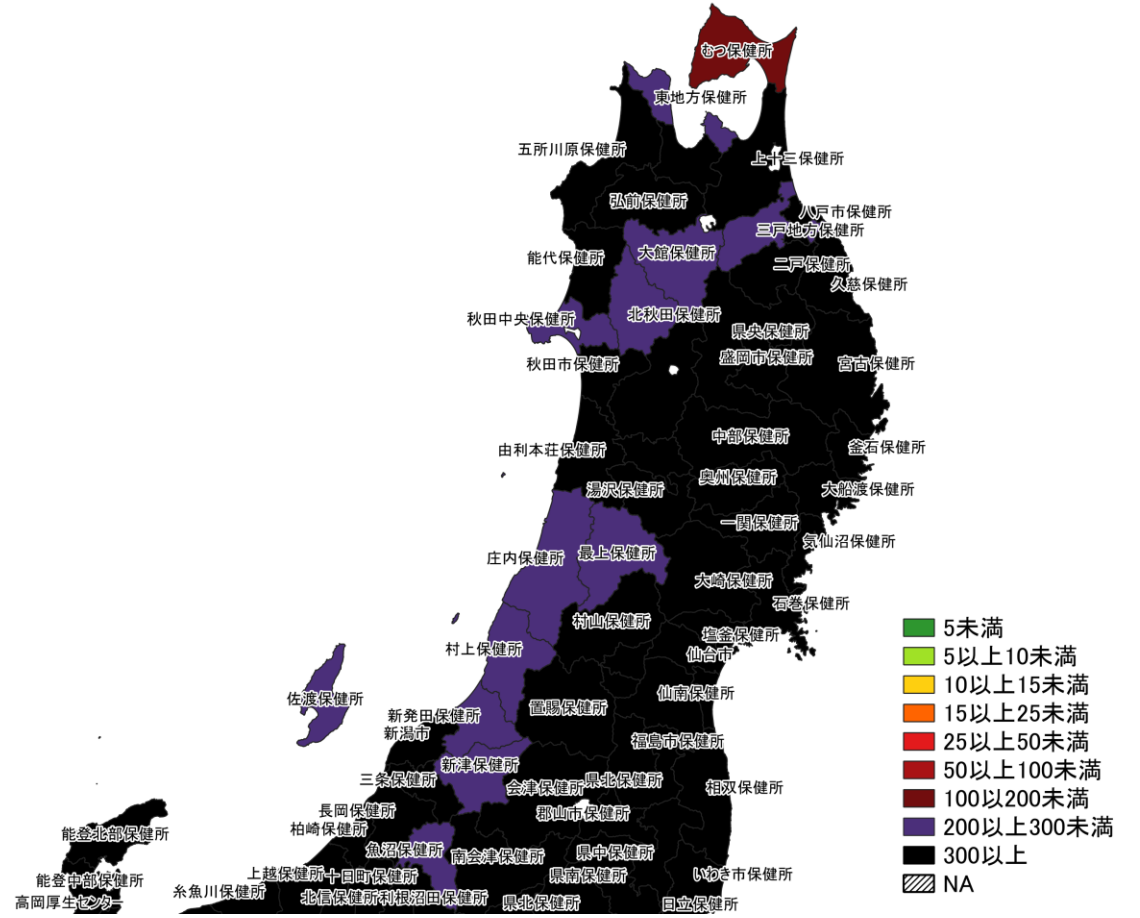
人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ
 保健所単位 1/2～1/8
 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要



12/26 ~ 1/1



1/2 ~ 1/8

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
 東北地域 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



12/26 ~ 1/1



1/2 ~ 1/8

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
首都圏（陽性者登録センターの報告数を含まない）

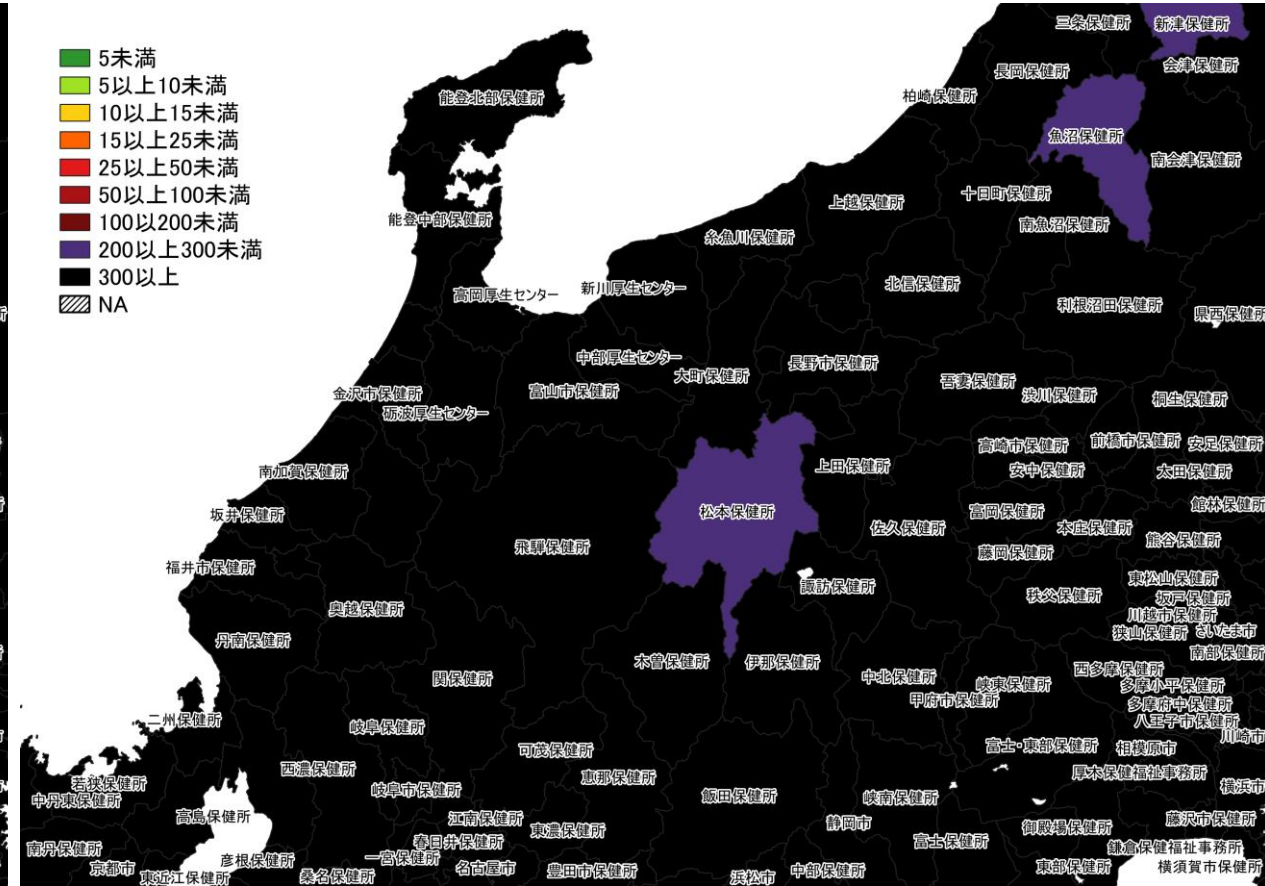
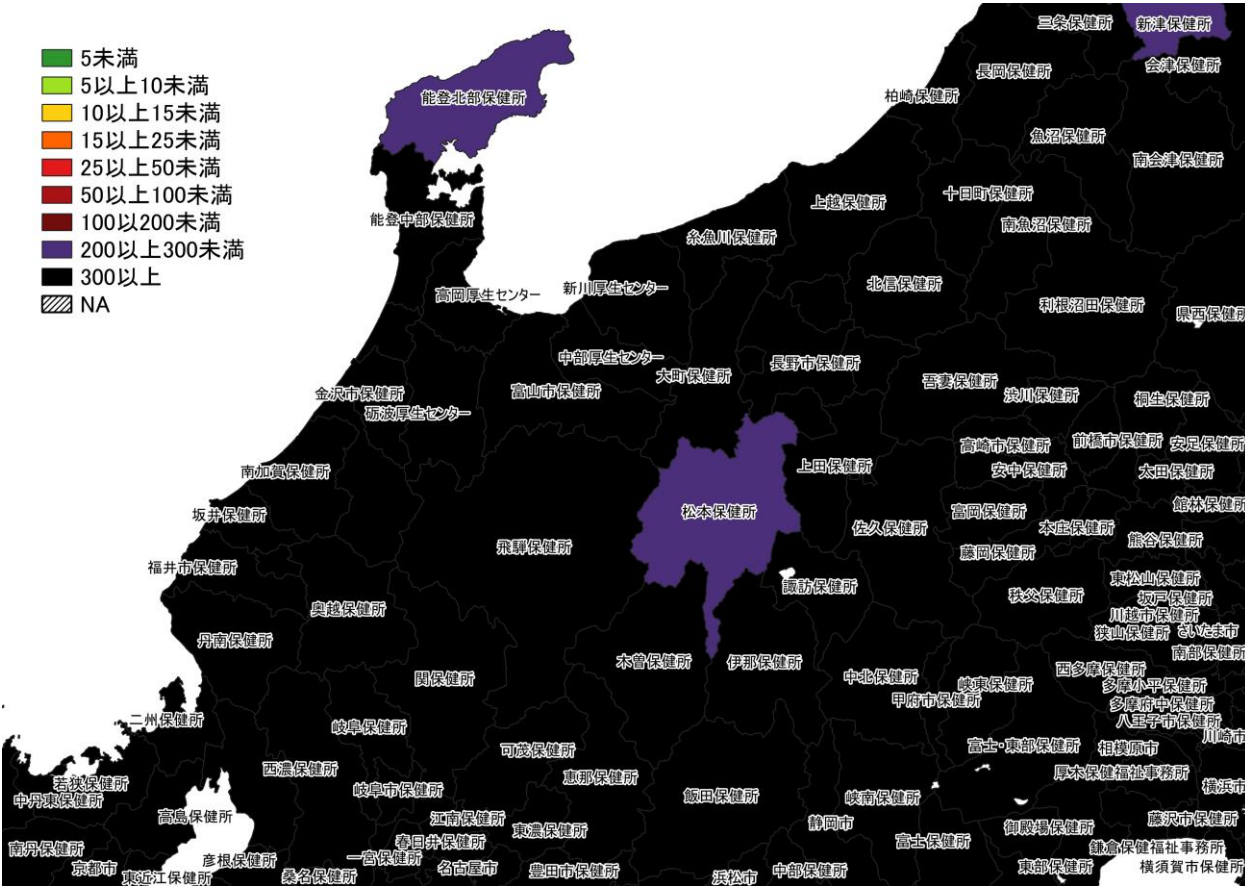
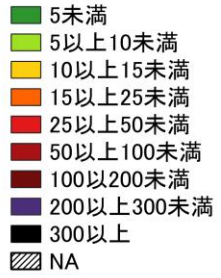


12/26～ 1/1



1/2～ 1/8

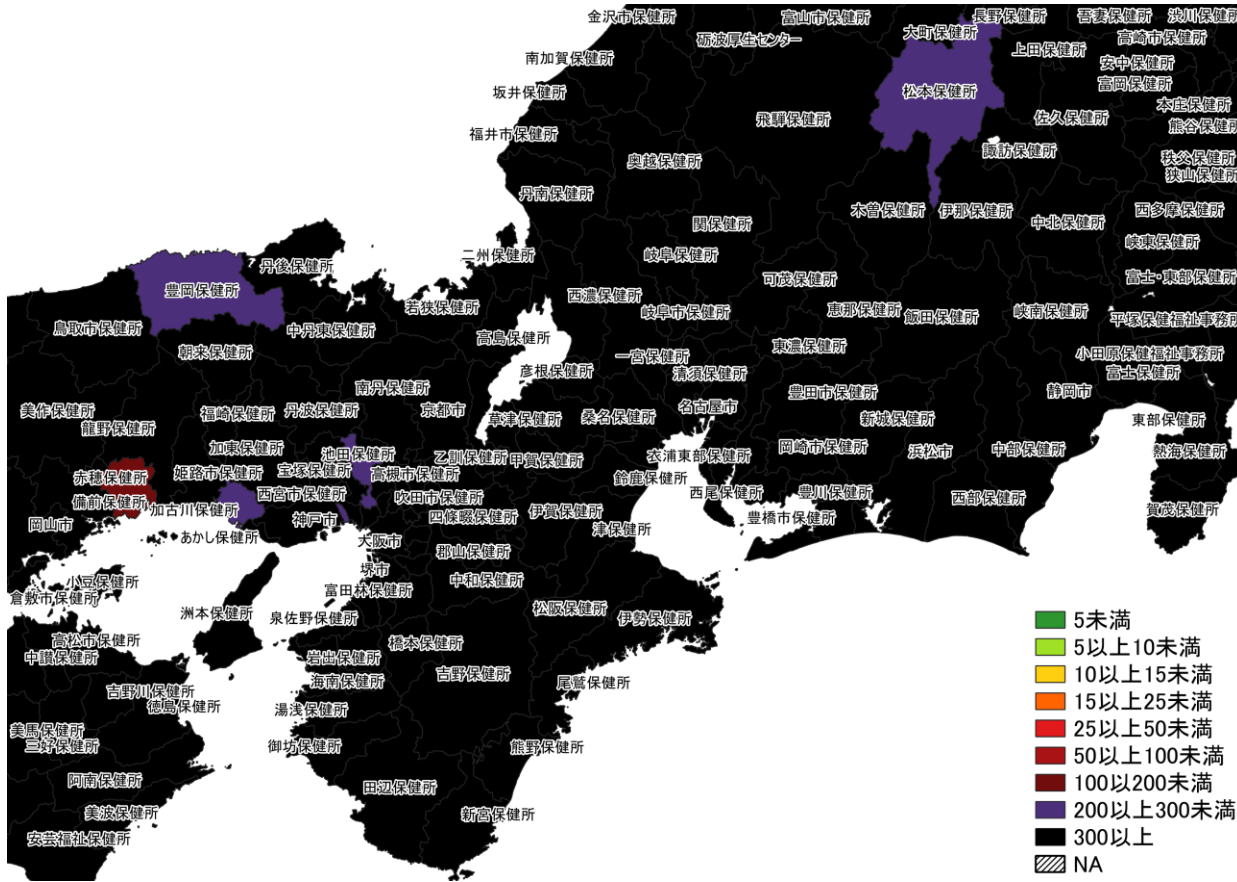
人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
東京周辺（陽性者登録センターの報告数を含まない）



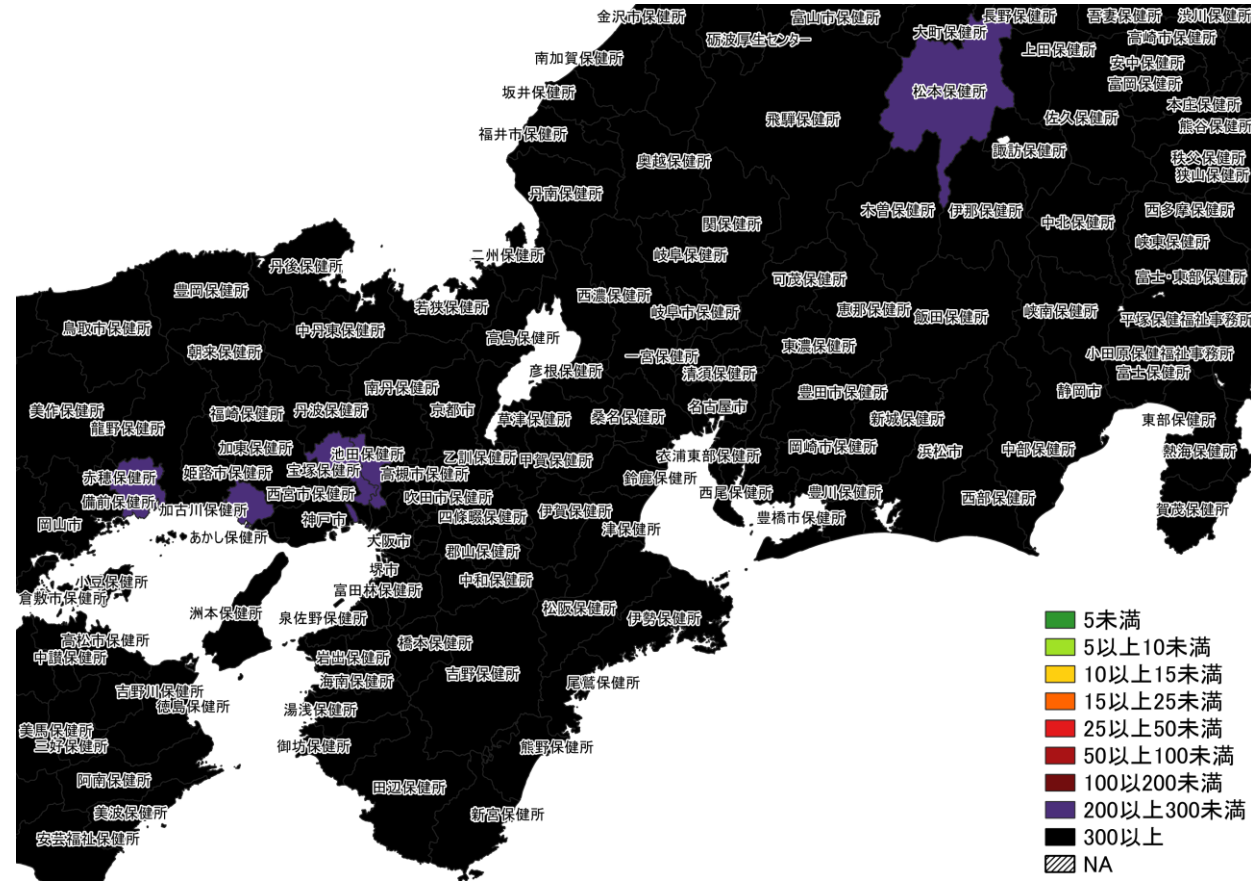
12/26～1/1

1/2～1/8

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
北陸・中部地域（陽性者登録センターの報告数を含まない）



12/26～ 1/1

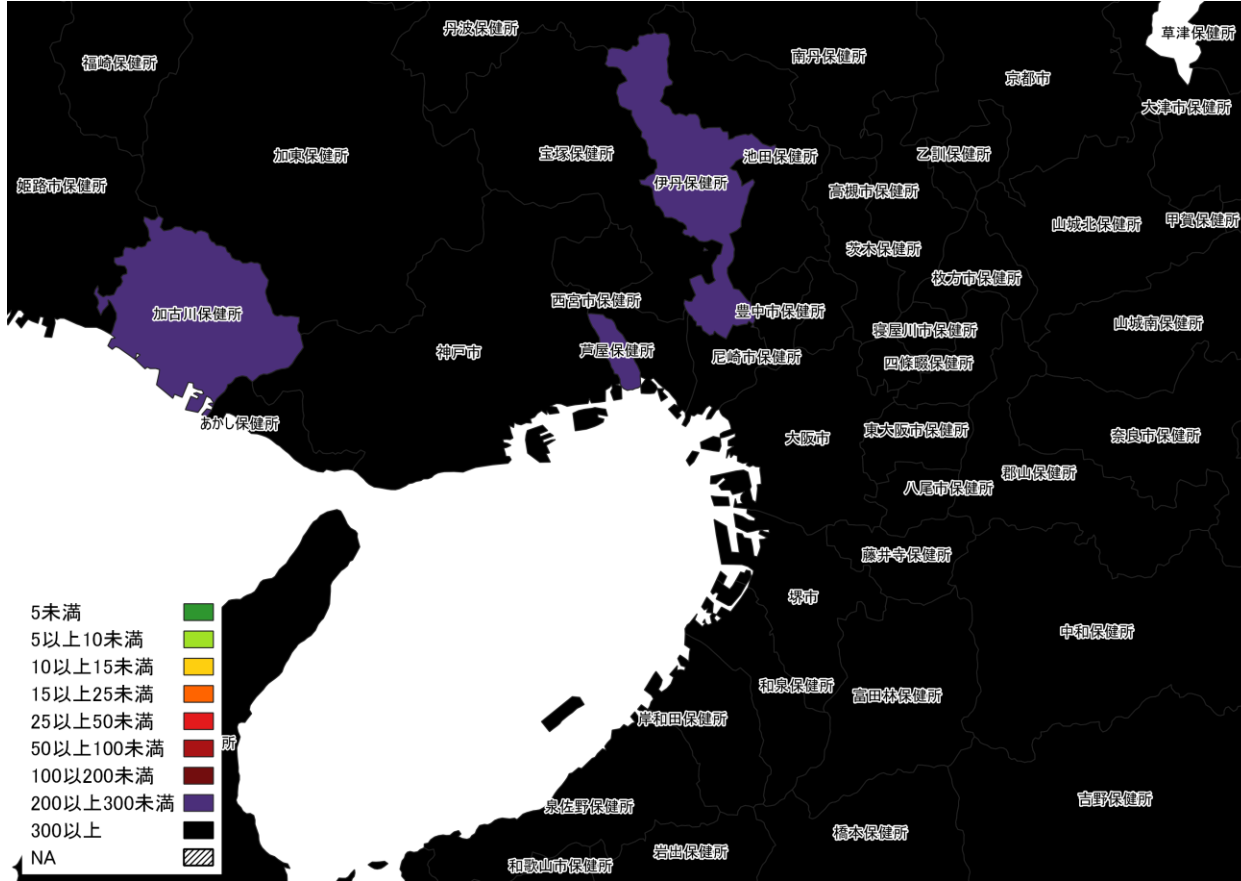


1/2～ 1/8

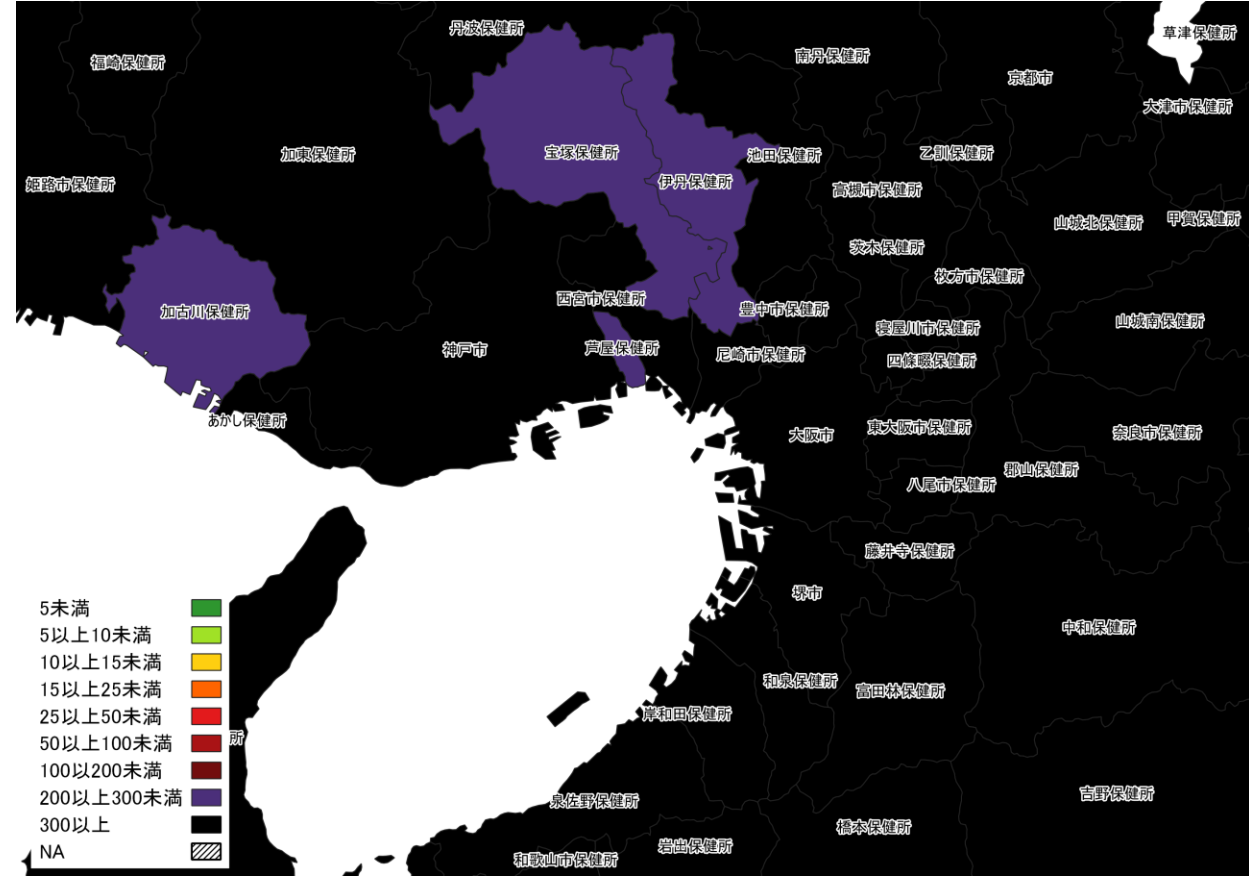
人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
 関西・中京圏 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
名古屋周辺（陽性者登録センターの報告数を含まない）

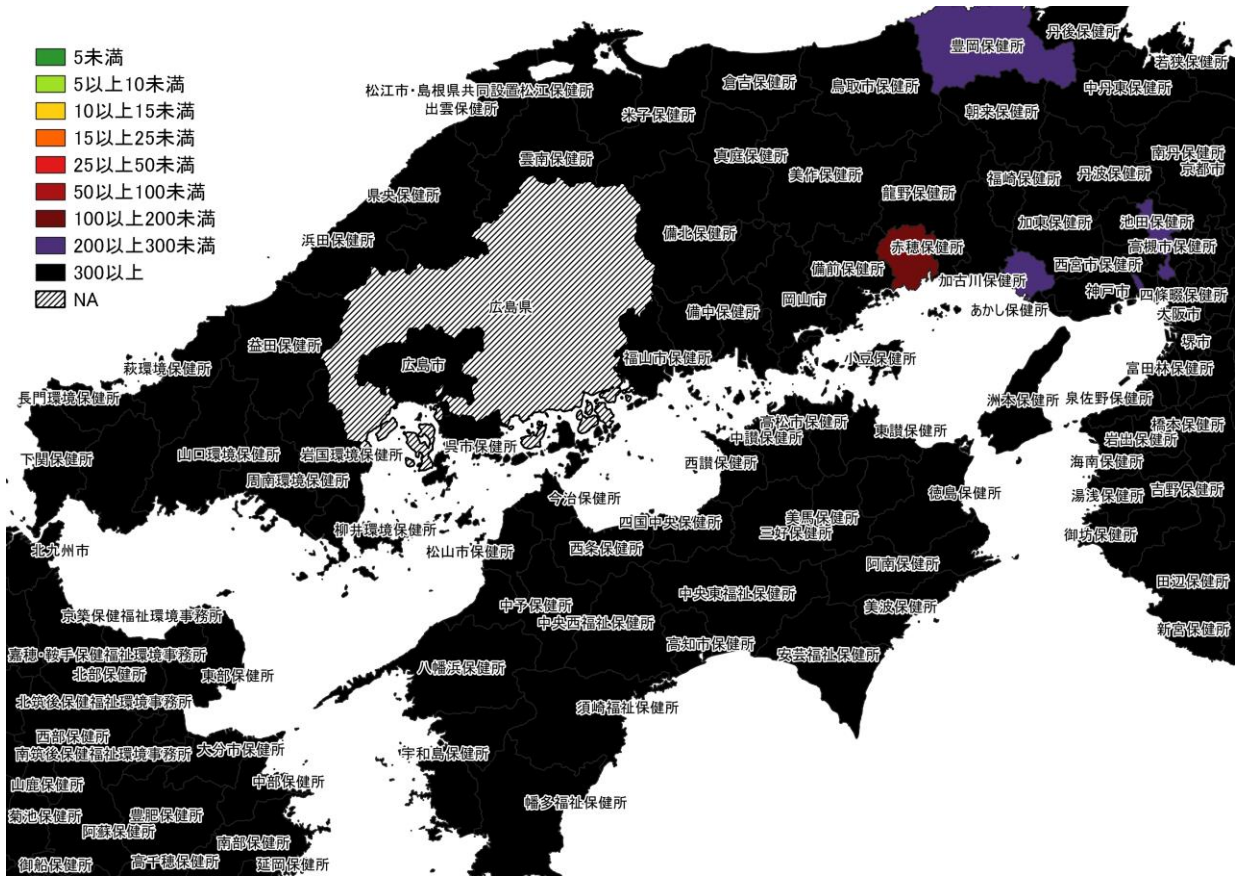


12/26 ~ 1/1

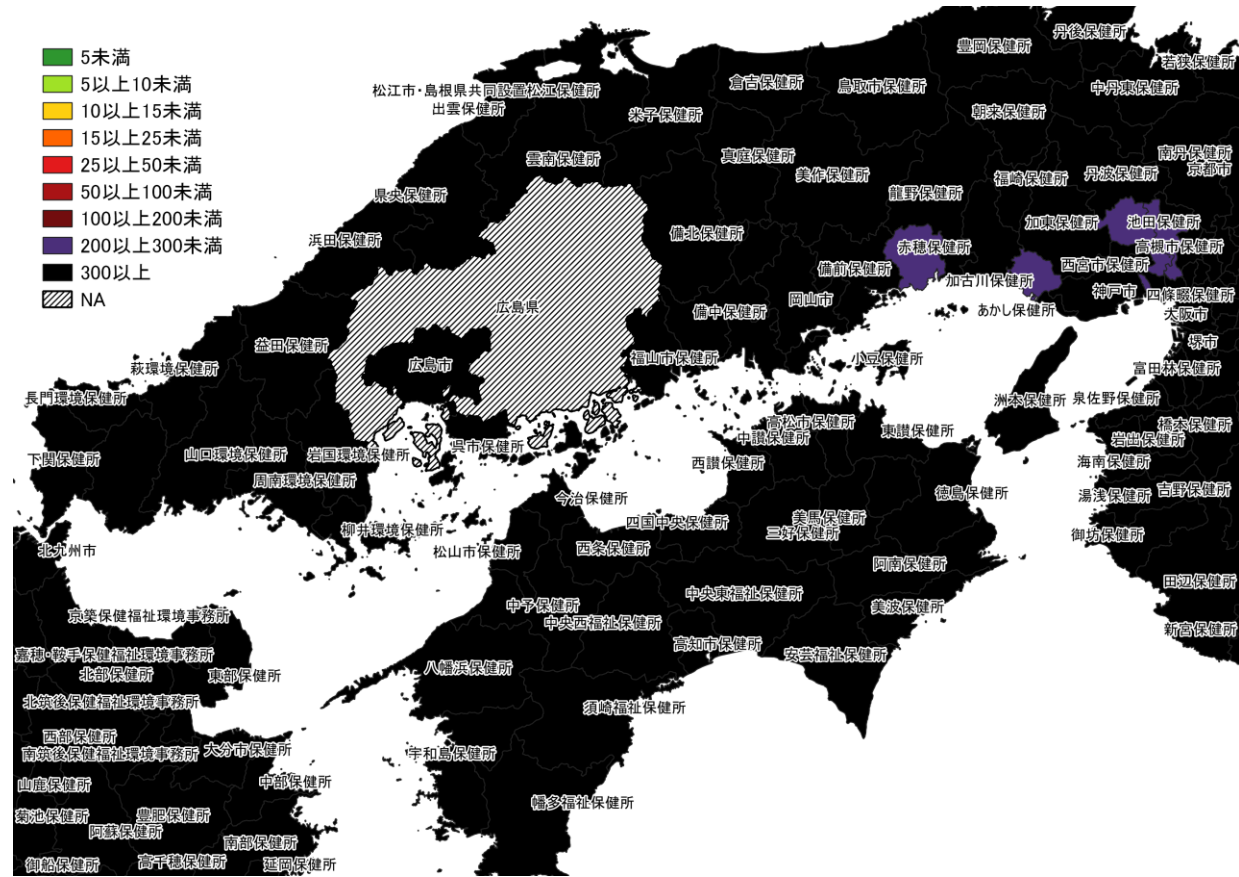


1/2 ~ 1/8

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
大阪周辺（陽性者登録センターの報告数を含まない）



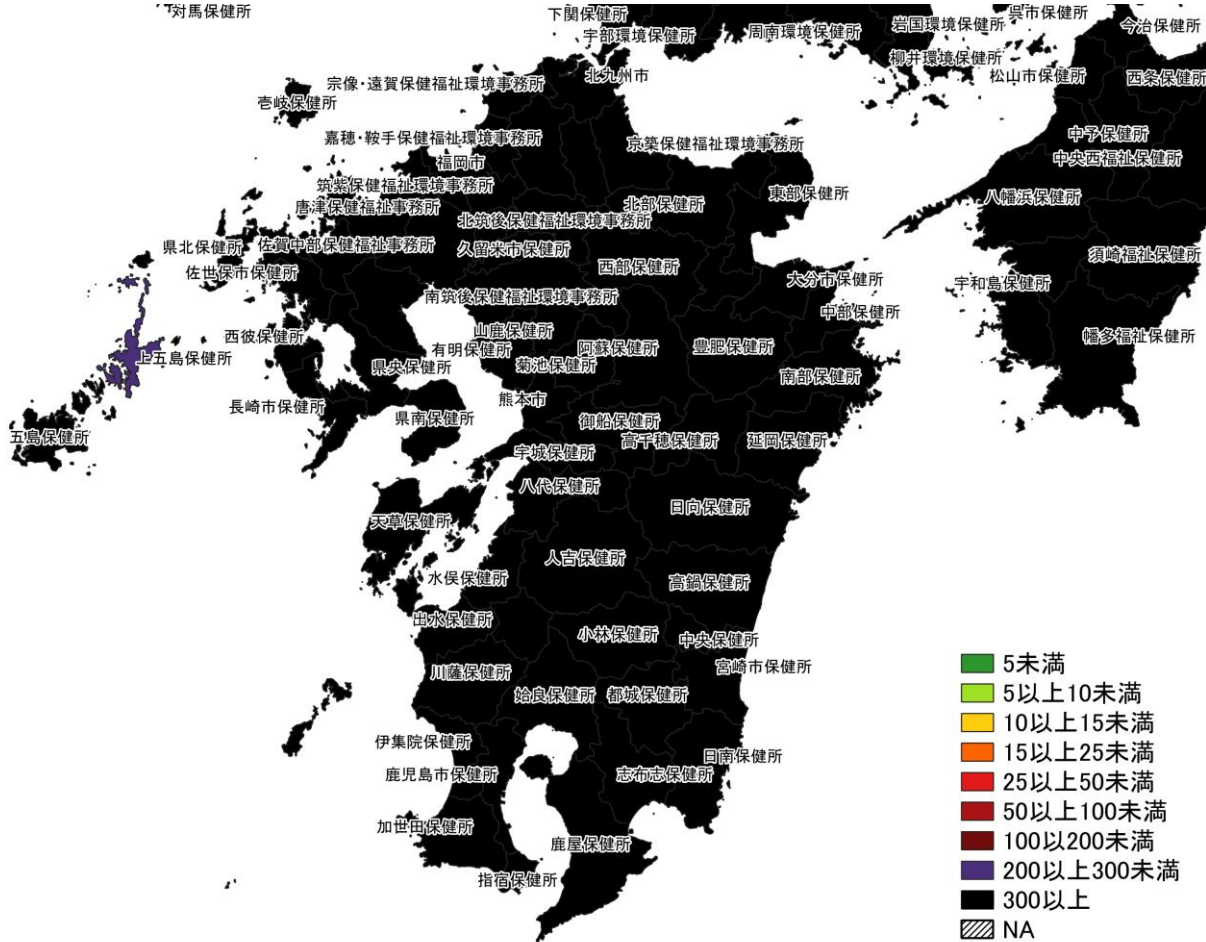
12/26 ~ 1/1



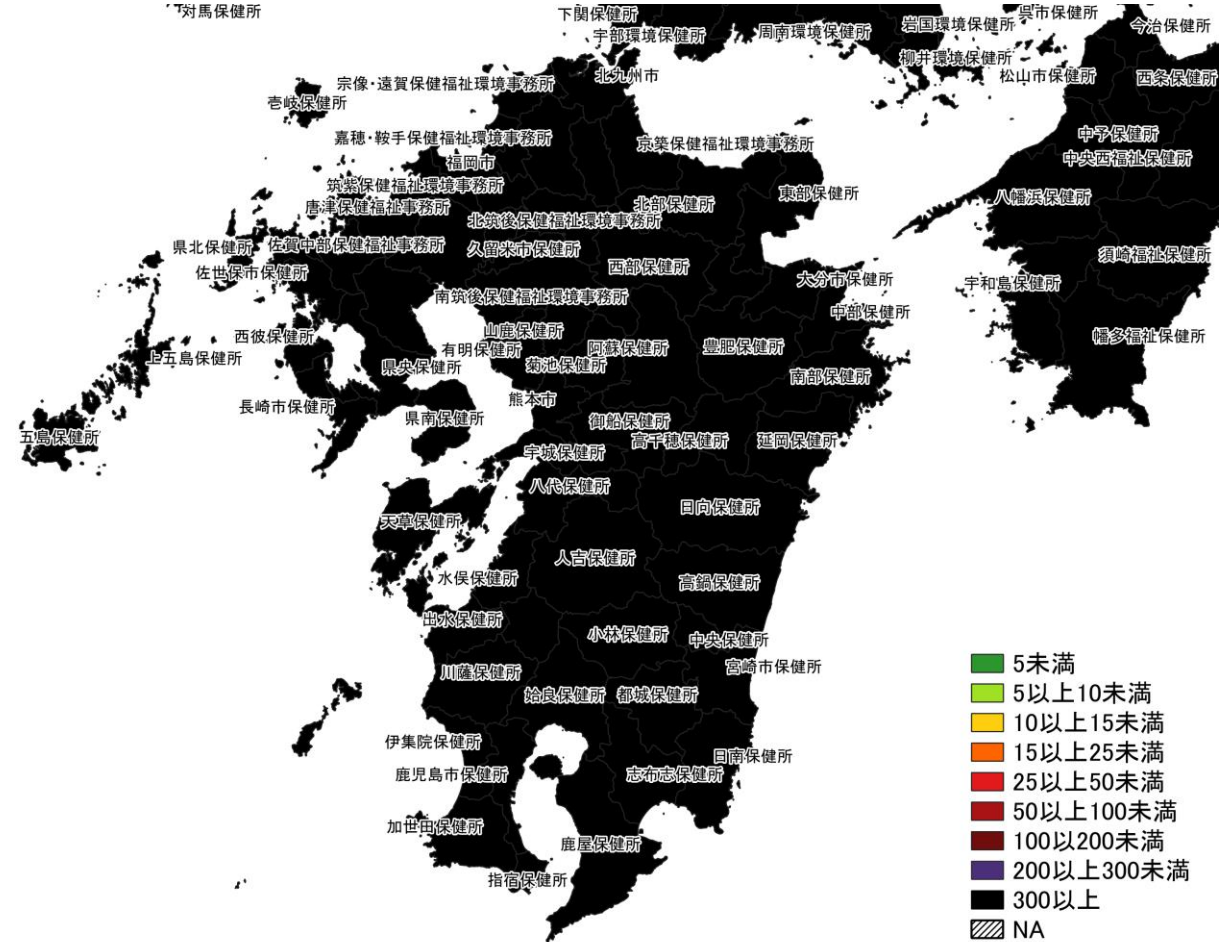
1/2 ~ 1/8

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ 中国・四国地域 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要

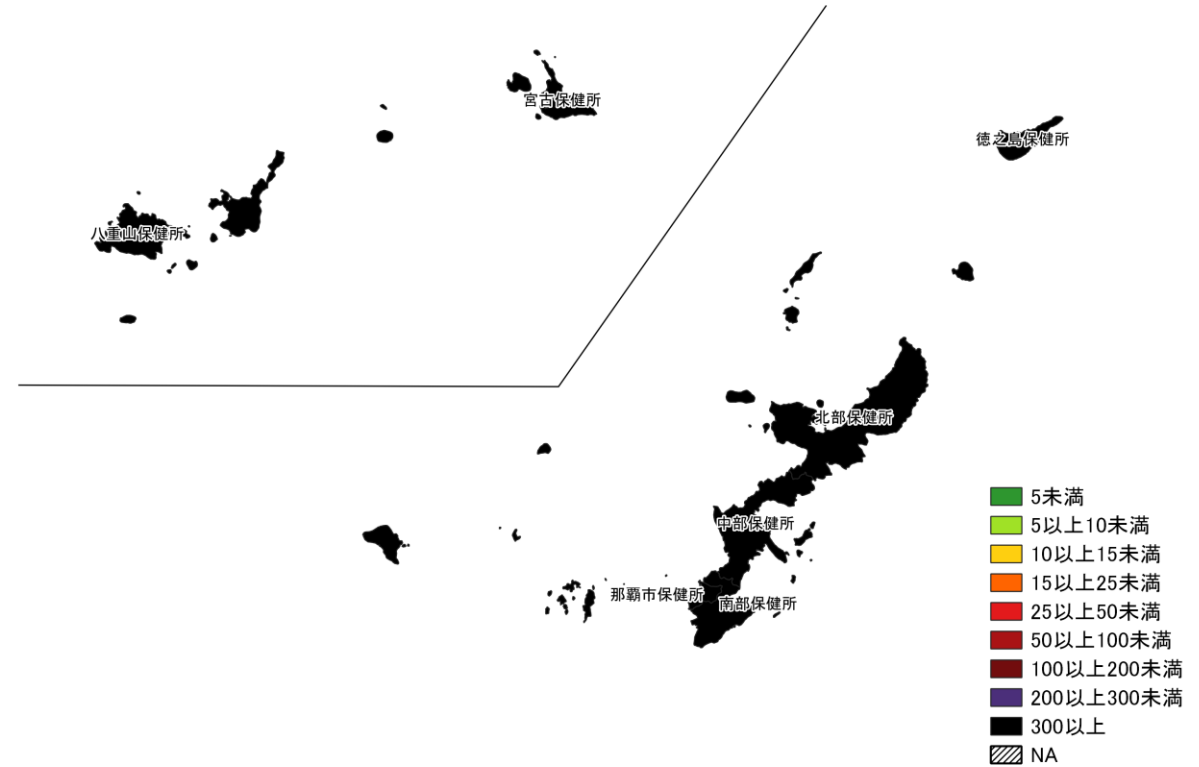
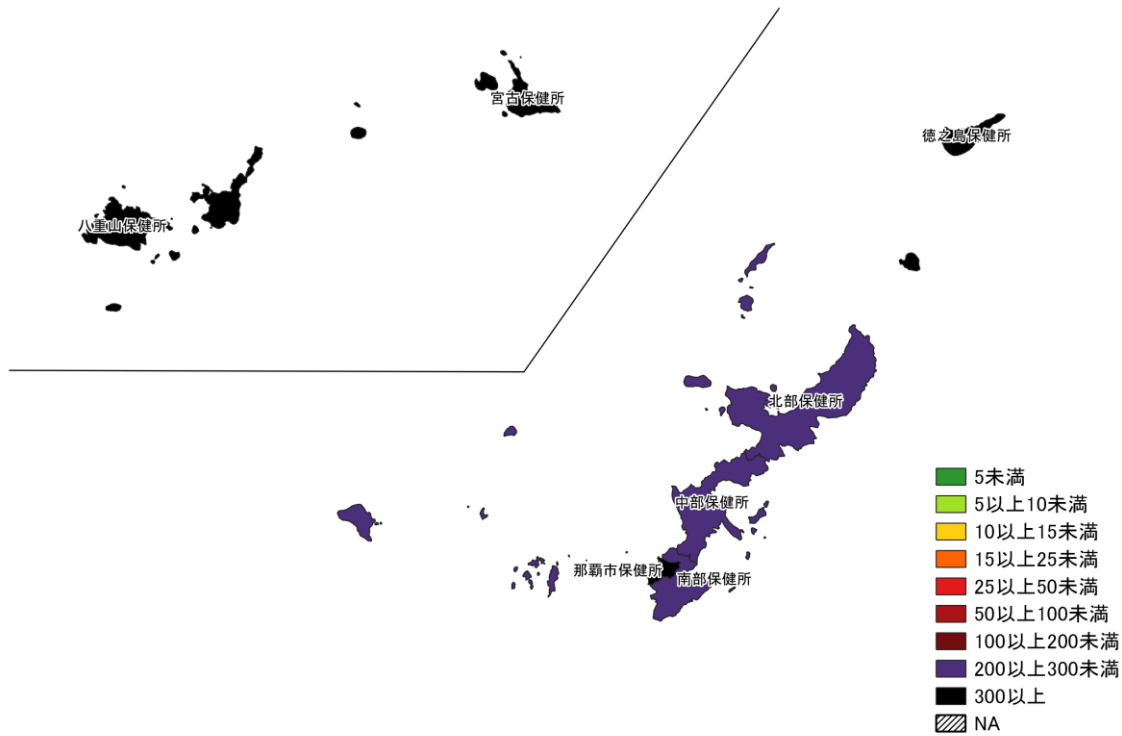


12/26 ~ 1/1



1/2 ~ 1/8

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
九州地域（陽性者登録センターの報告数を含まない）



人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
 沖縄周辺（陽性者登録センターの報告数を含まない）

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ

使用データ

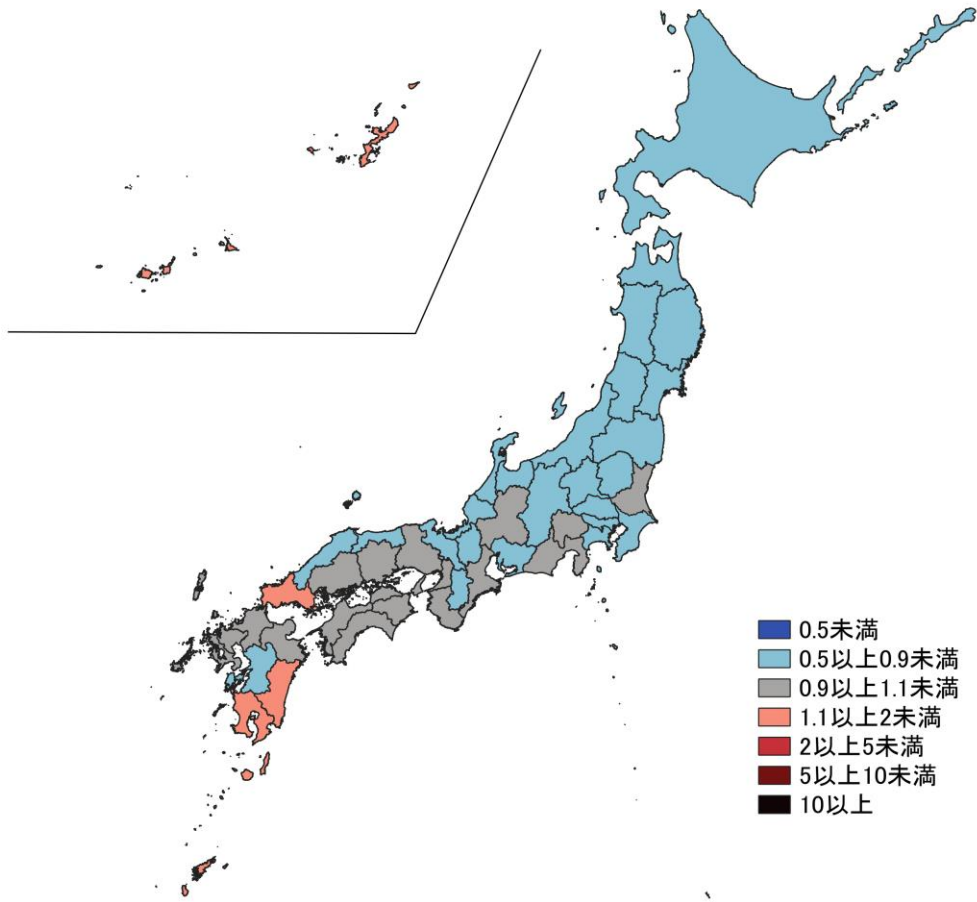
- 2023年1月9日時点のHER-SYSの日時報告数を用いて、都道府県別7日間累積新規症例報告数の、前週との比を図示する。
- 前週比マップでは、前週の症例数が0の場合、データを得られなかった場合は比を算出できないためNAとした。
- **保健所管区別の報告数には、陽性者登録センターの報告数は含まれないことに注意が必要。**
- **陽性者報告体制の変化がある場合、保健所管区別では過小・過大評価になる可能性がある。**
- **期間内に年末年始休みの影響もあるので、解釈注意の必要がある。**
- 集計値修正により、今後変動する可能性がある。

まとめ

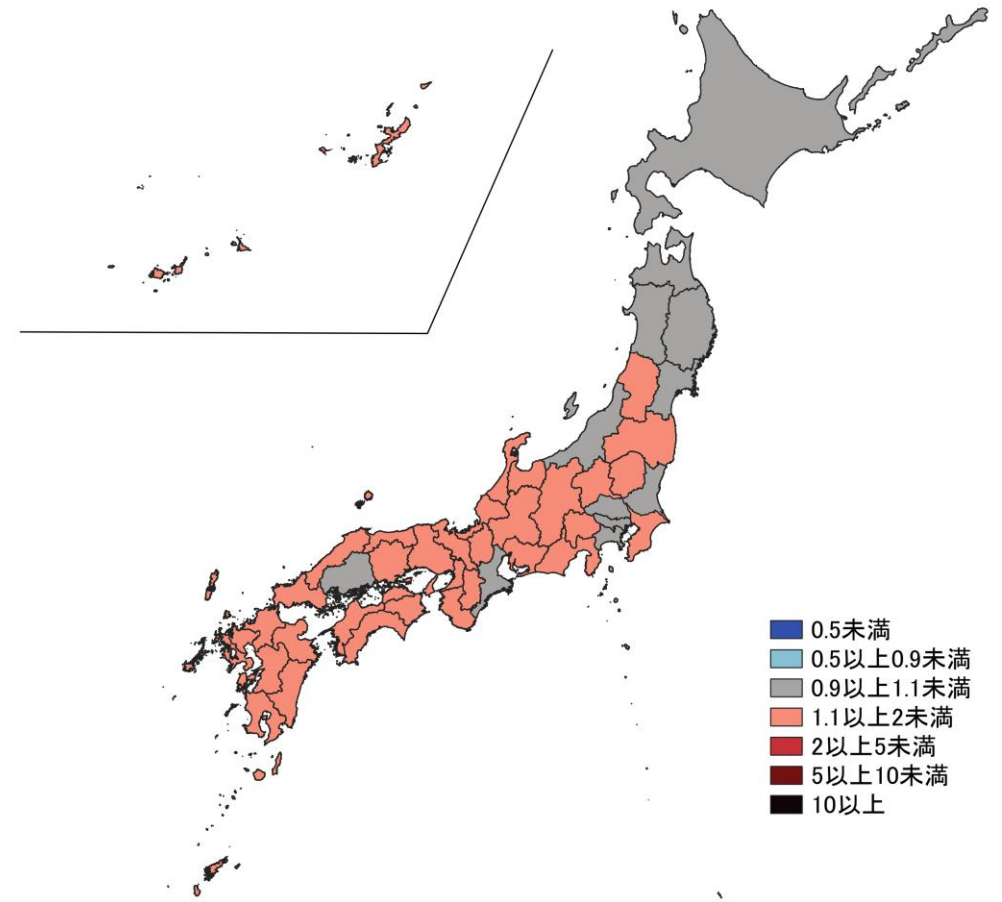
- 県別では増加傾向の地域が増えている。
- 保健所単位では、全国的に前週比1.1以上の地域が増えている。特に西日本では大部分が増加傾向である。

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ

都道府県単位 (陽性者登録センターの報告数を含む)



12/19～ 12/25
12/26～ 1/1

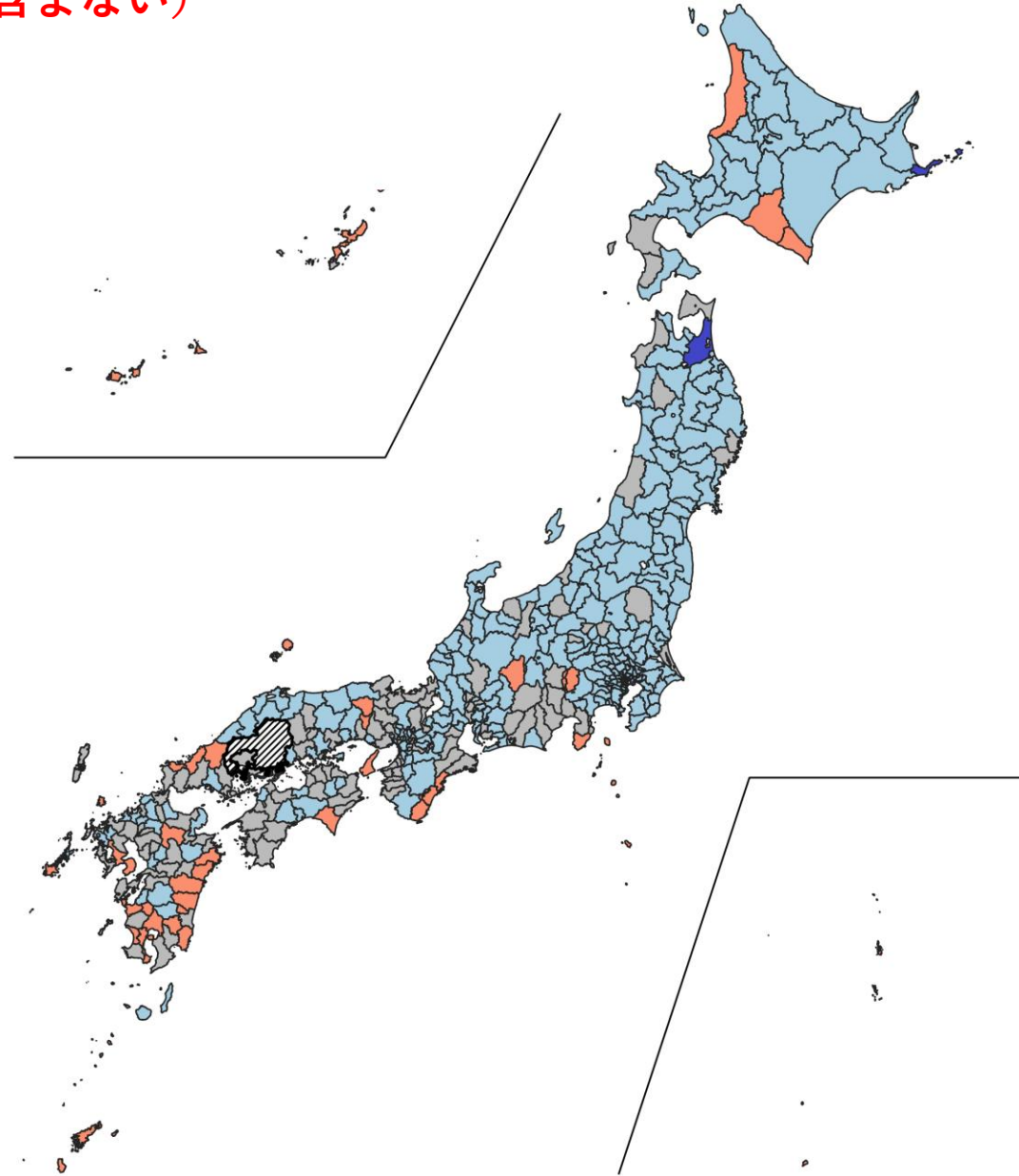




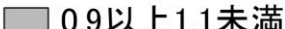
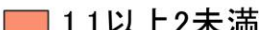
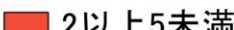
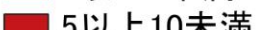

12/26～ 1/1
1/2～ 1/8

人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ

保健所単位 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

12/19～12/25
12/26～1/1



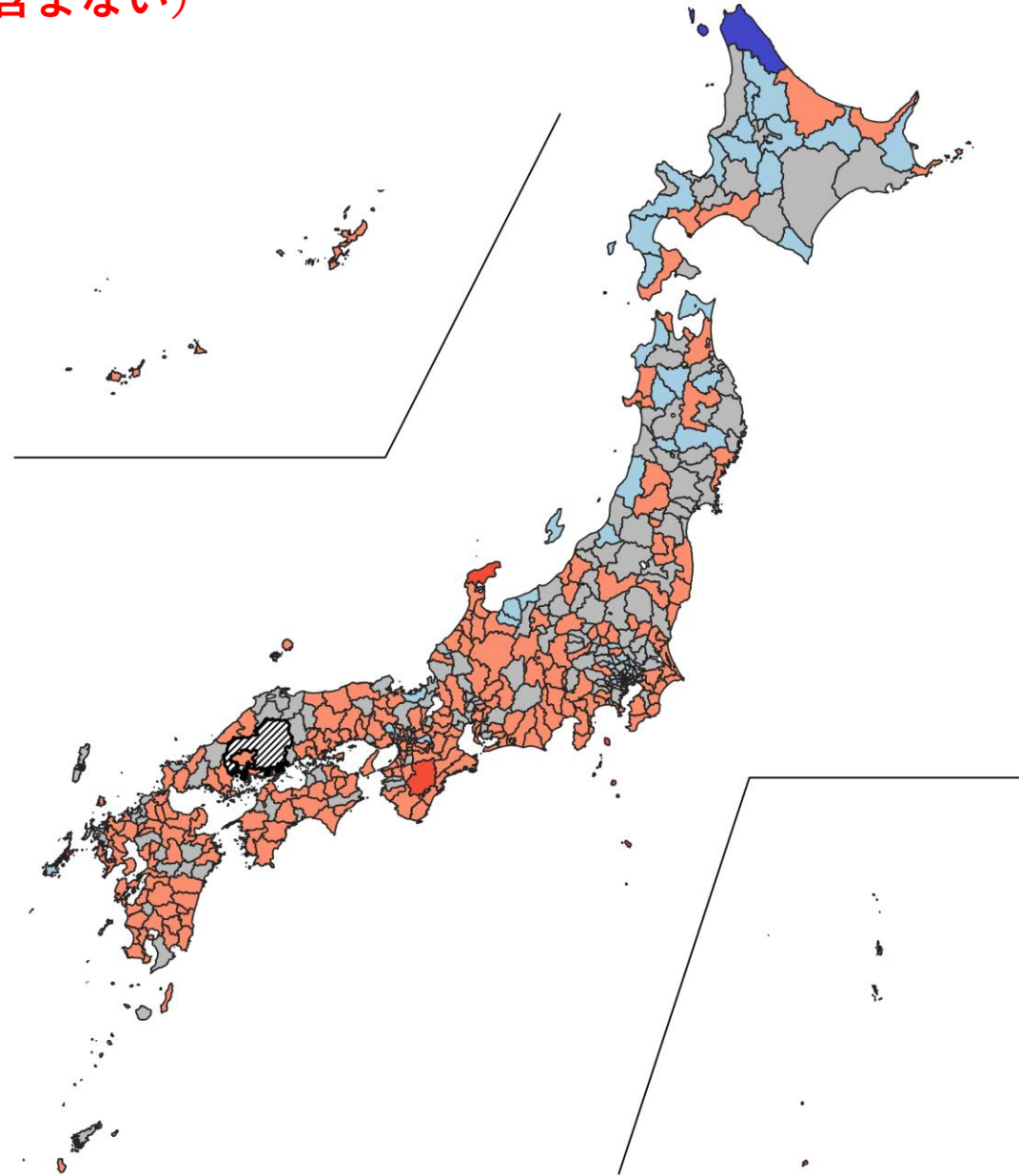
-  NA
-  0.5未満
-  0.5以上0.9未満
-  0.9以上1.1未満
-  1.1以上2未満
-  2以上5未満
-  5以上10未満
-  10以上50未満
-  50以上




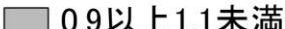
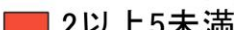
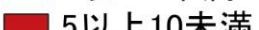
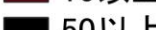
※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要

人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ

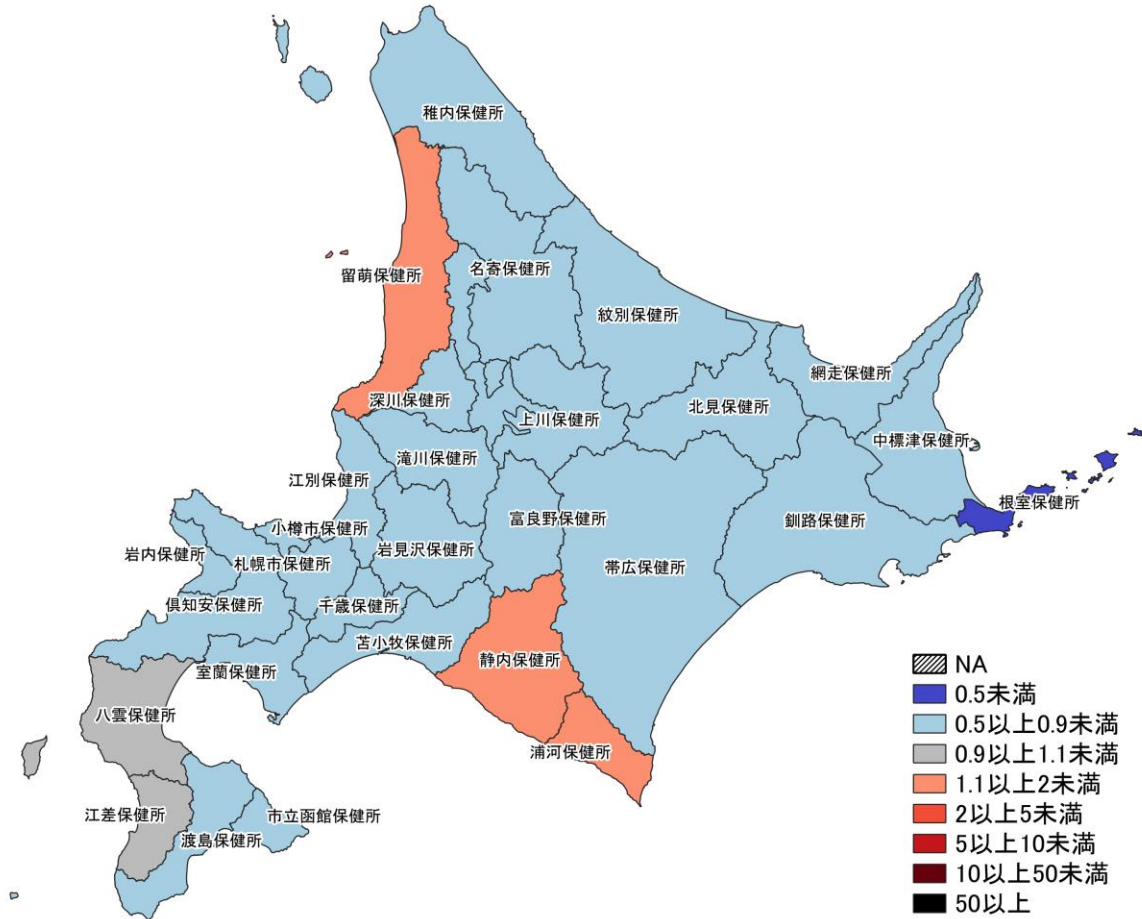
保健所単位 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

12/26～1/1
1/2～1/8

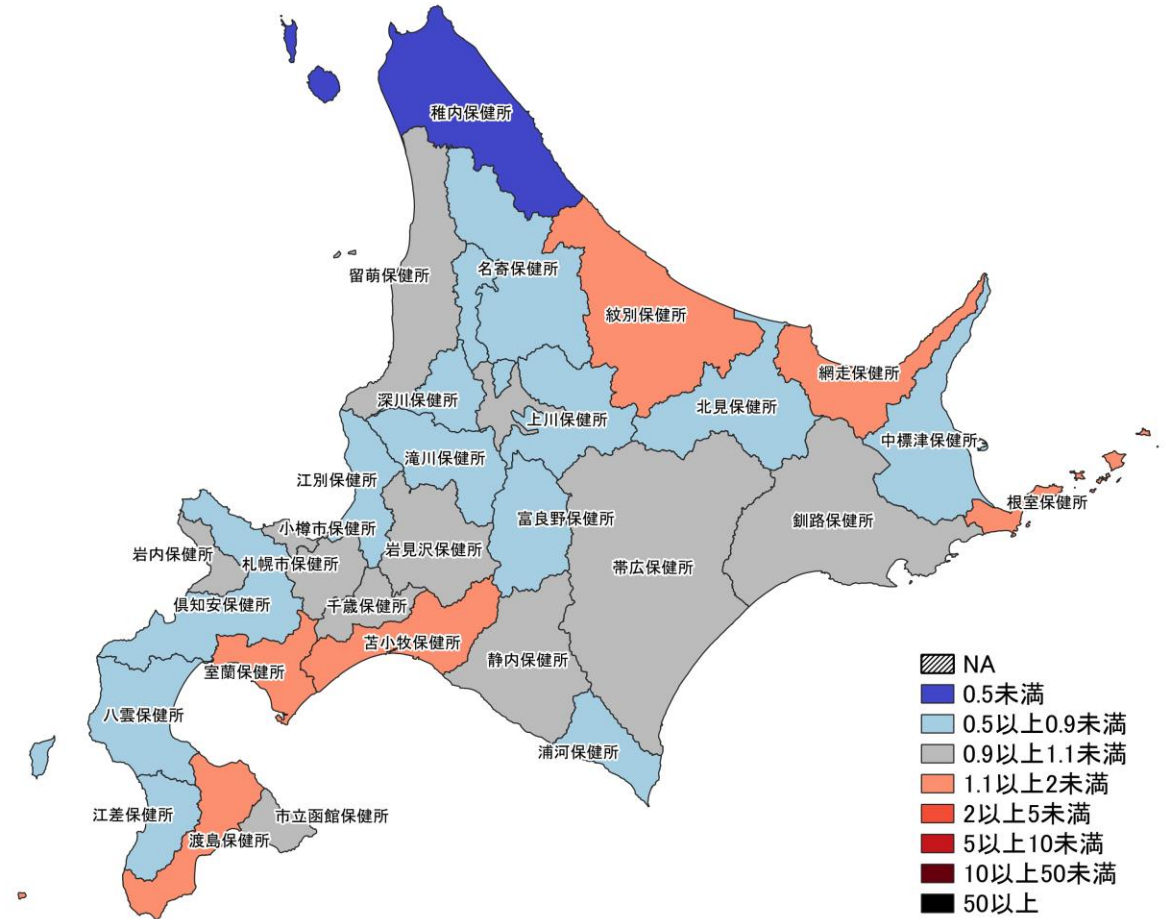


-  NA
-  0.5未満
-  0.5以上0.9未満
-  0.9以上1.1未満
-  1.1以上2未満
-  2以上5未満
-  5以上10未満
-  10以上50未満
-  50以上

※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要

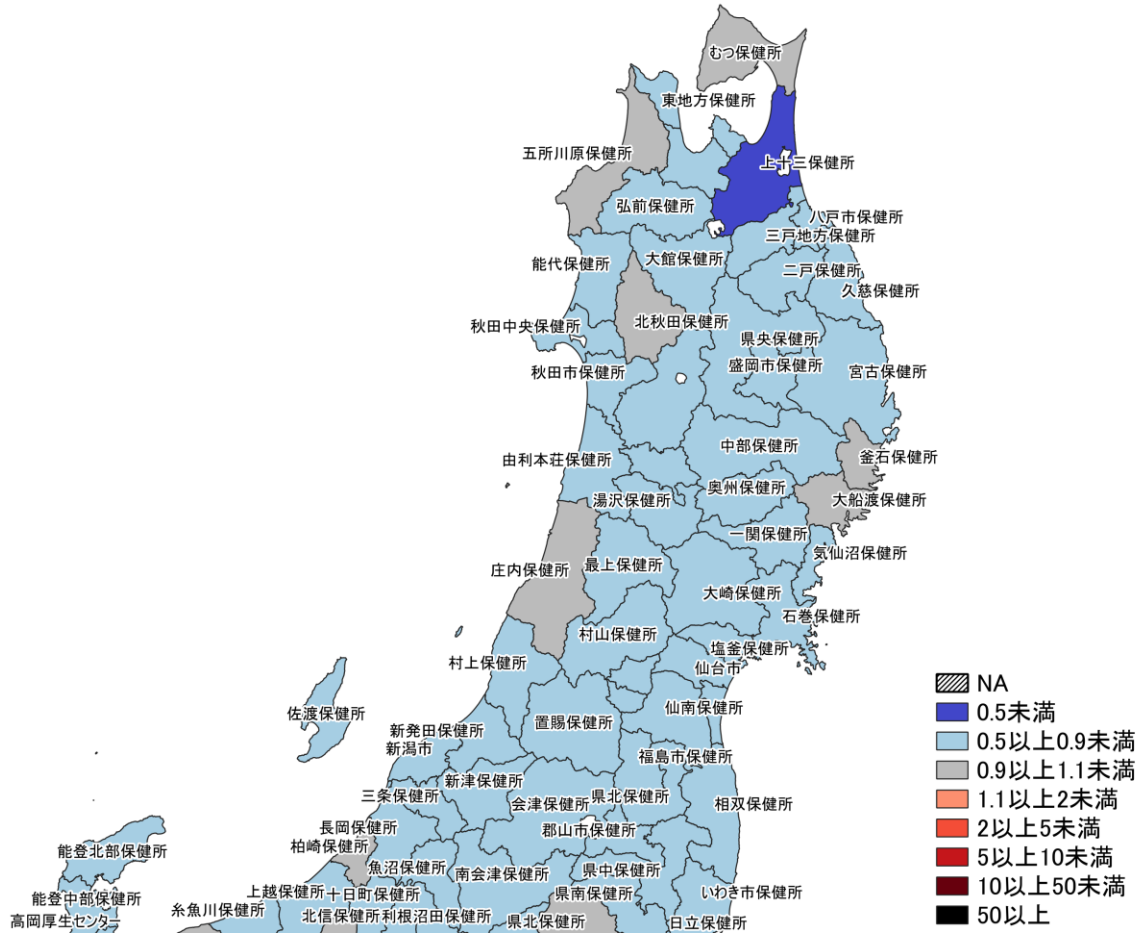


12/19~ 12/25
12/26~ 1/1

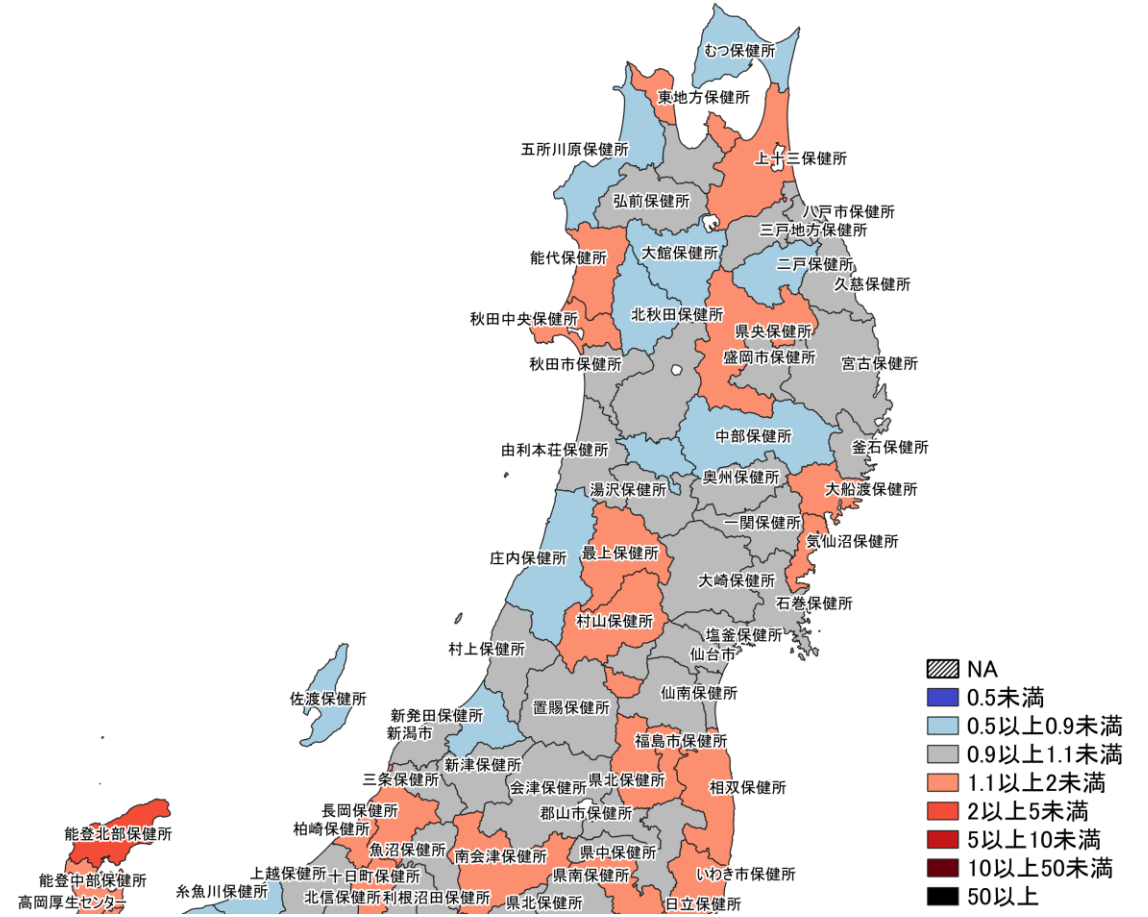


12/26~ 1/1
1/2~ 1/8

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
北海道 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

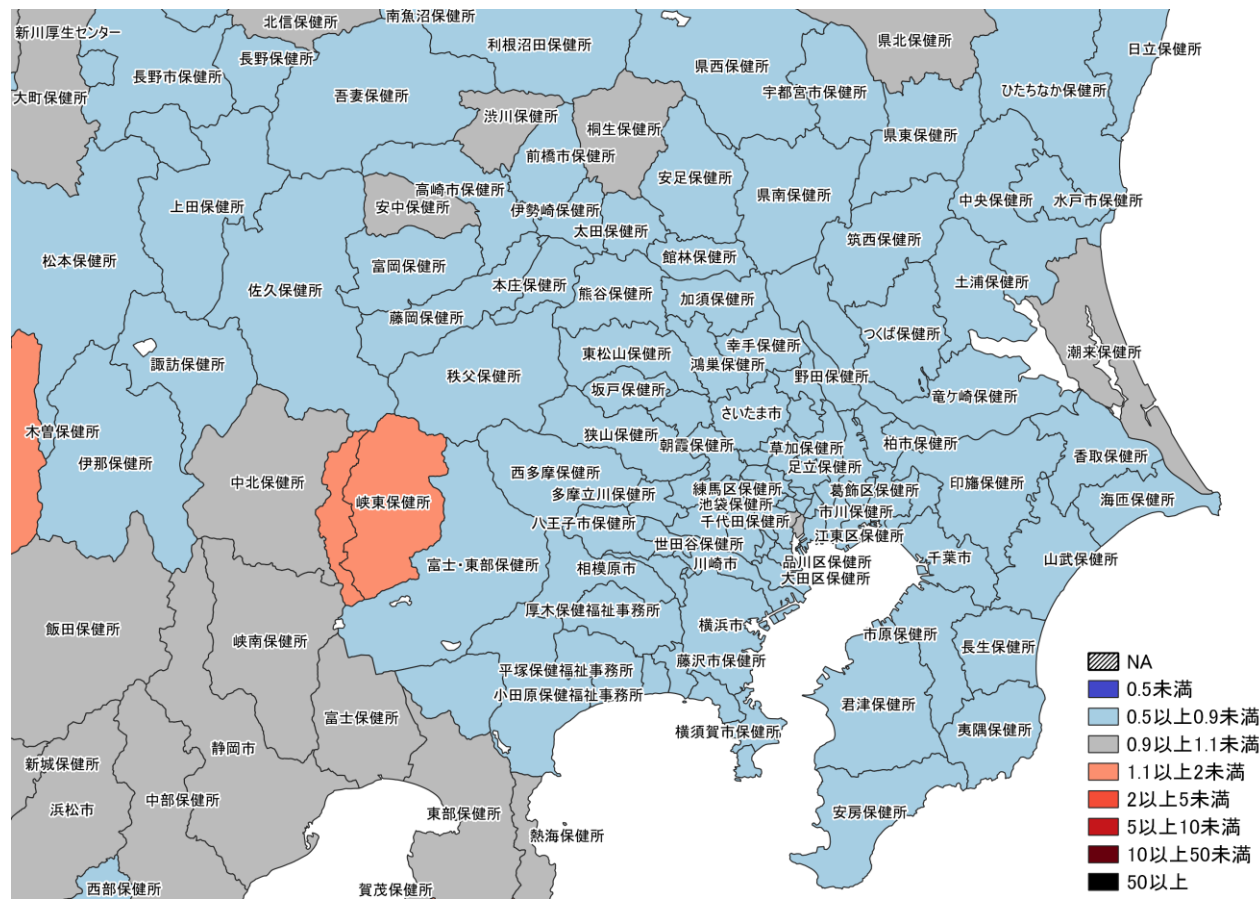


12/19～12/25
12/26～1/1

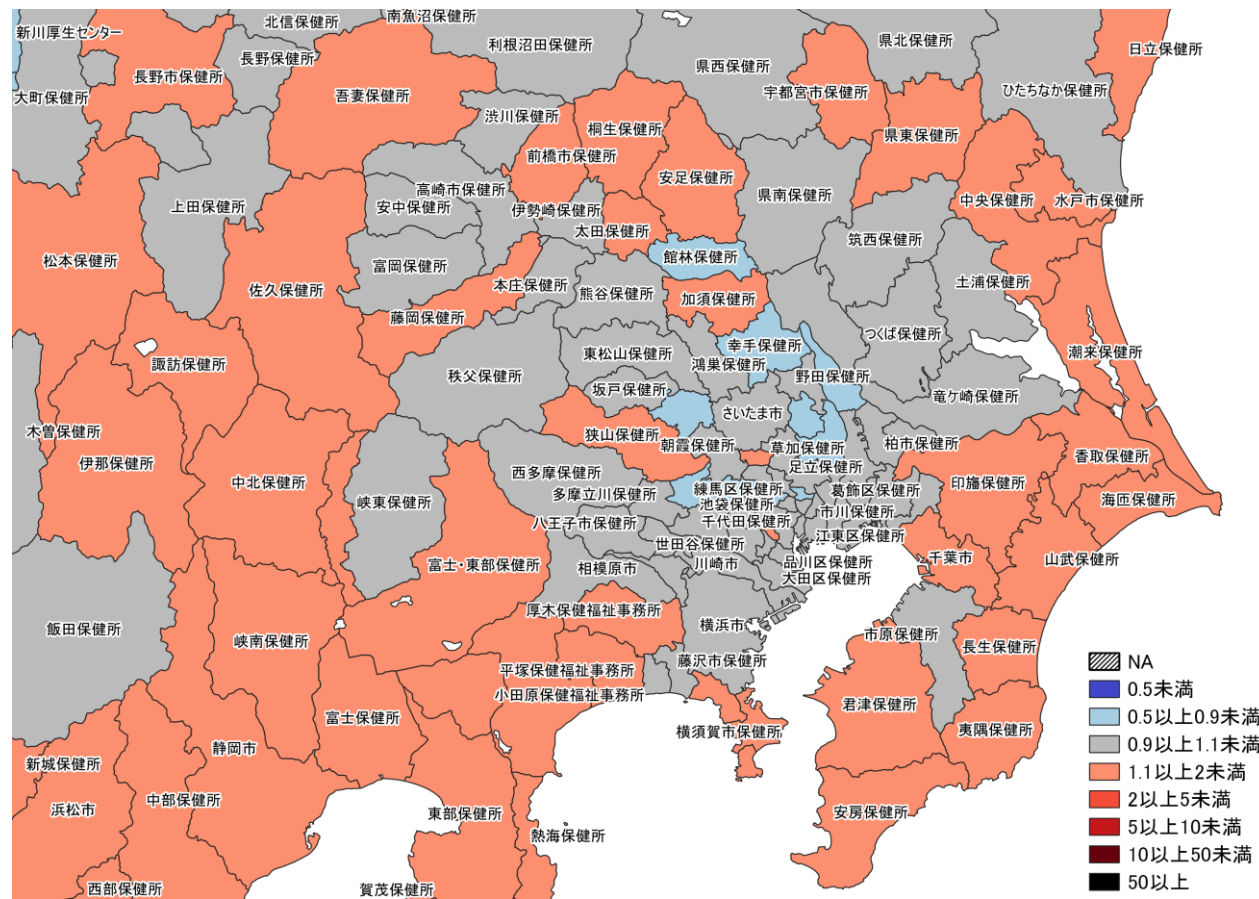


12/26～1/1
1/2～1/8

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
東北地域（陽性者登録センターの報告数を含まない）

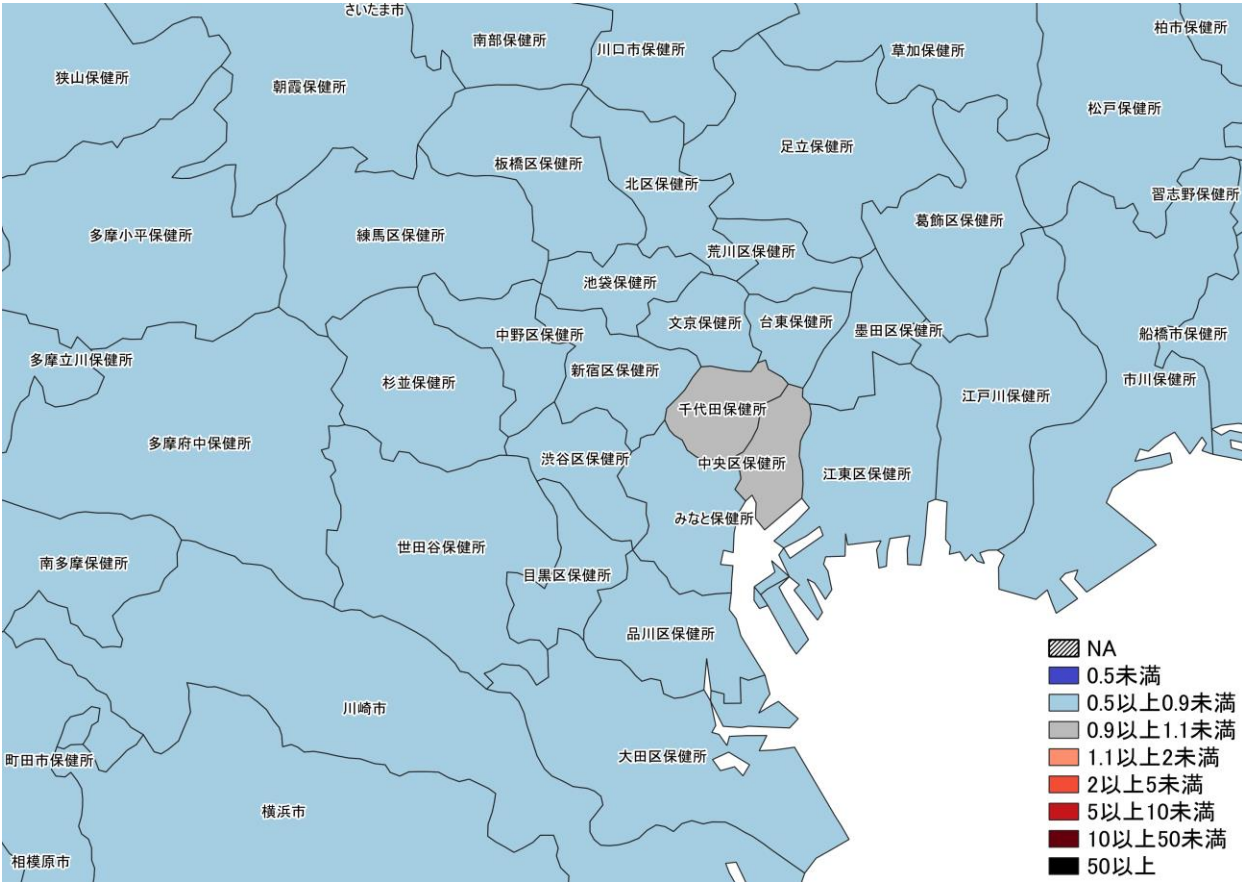


12/19～12/25
12/26～1/1

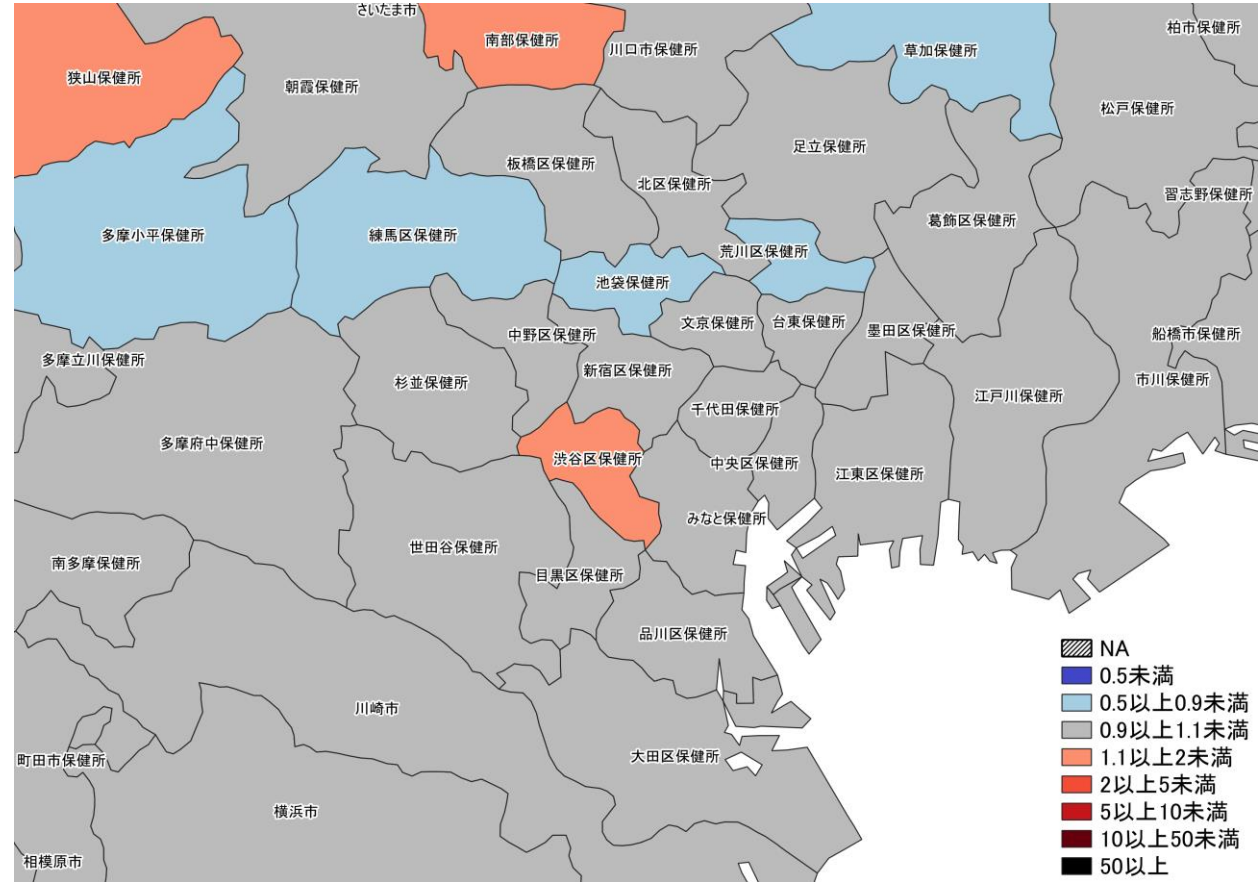


12/26～1/1
1/2～1/8

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
首都圏 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

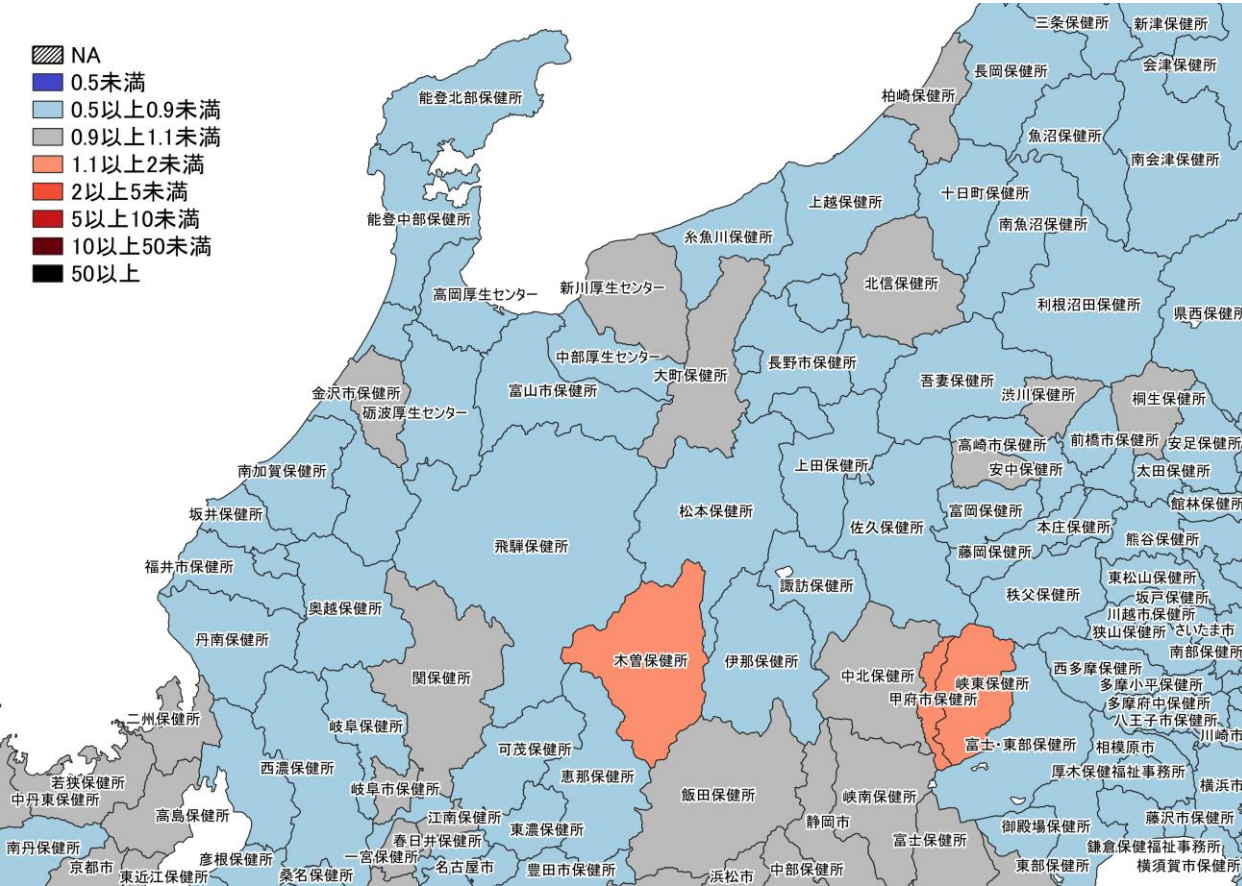


12/19～ 12/25
12/26～ 1/1

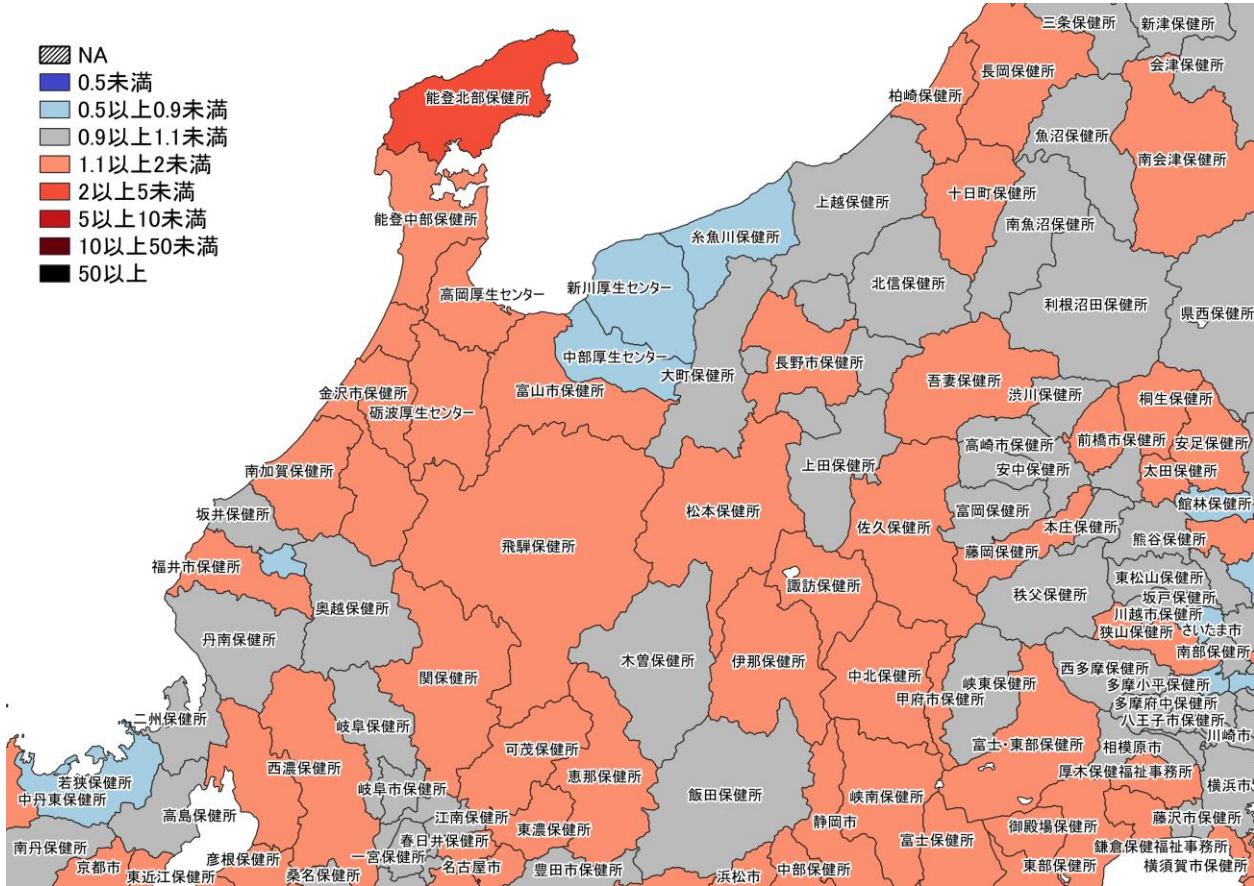


12/26～ 1/1
1/2～ 1/8

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
東京周辺 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

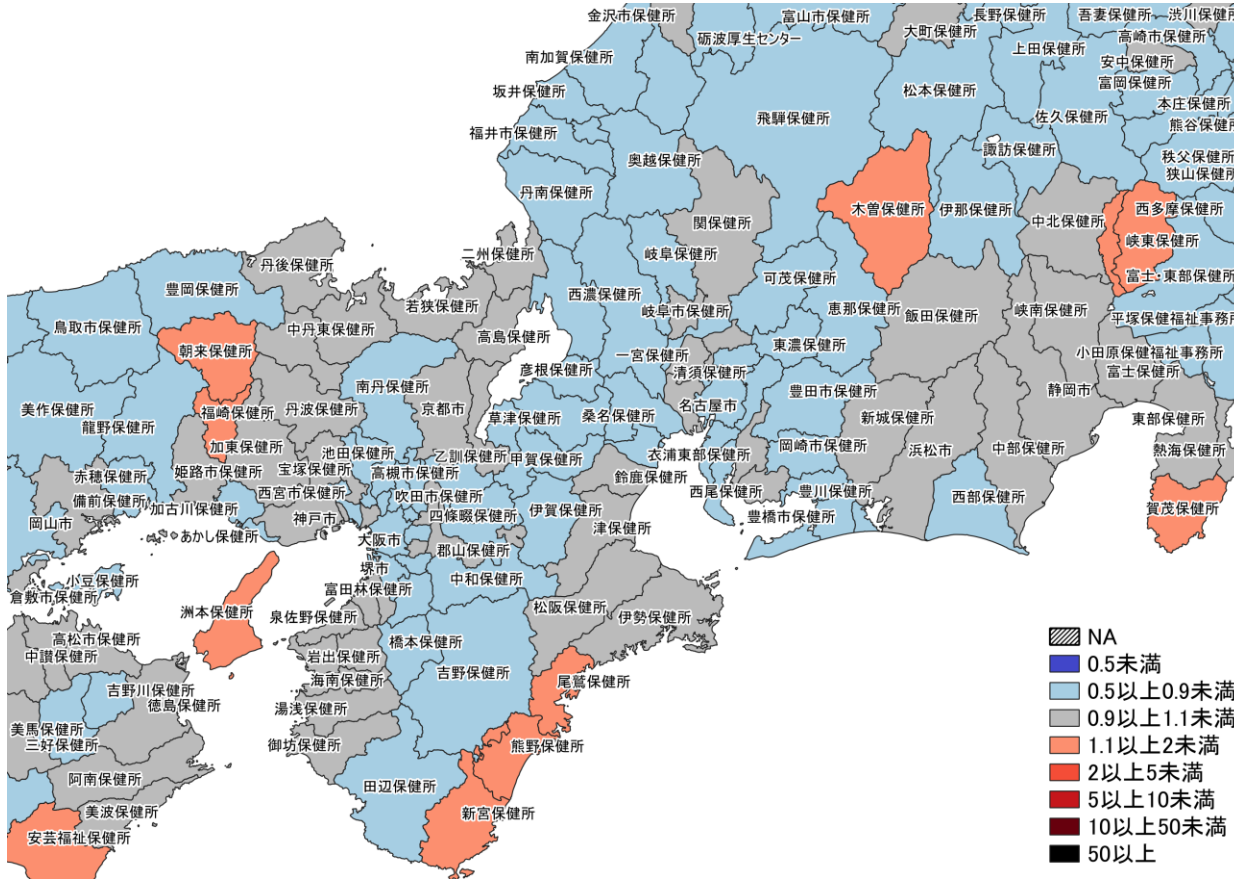


12/19~ 12/25
12/26~ 1/1

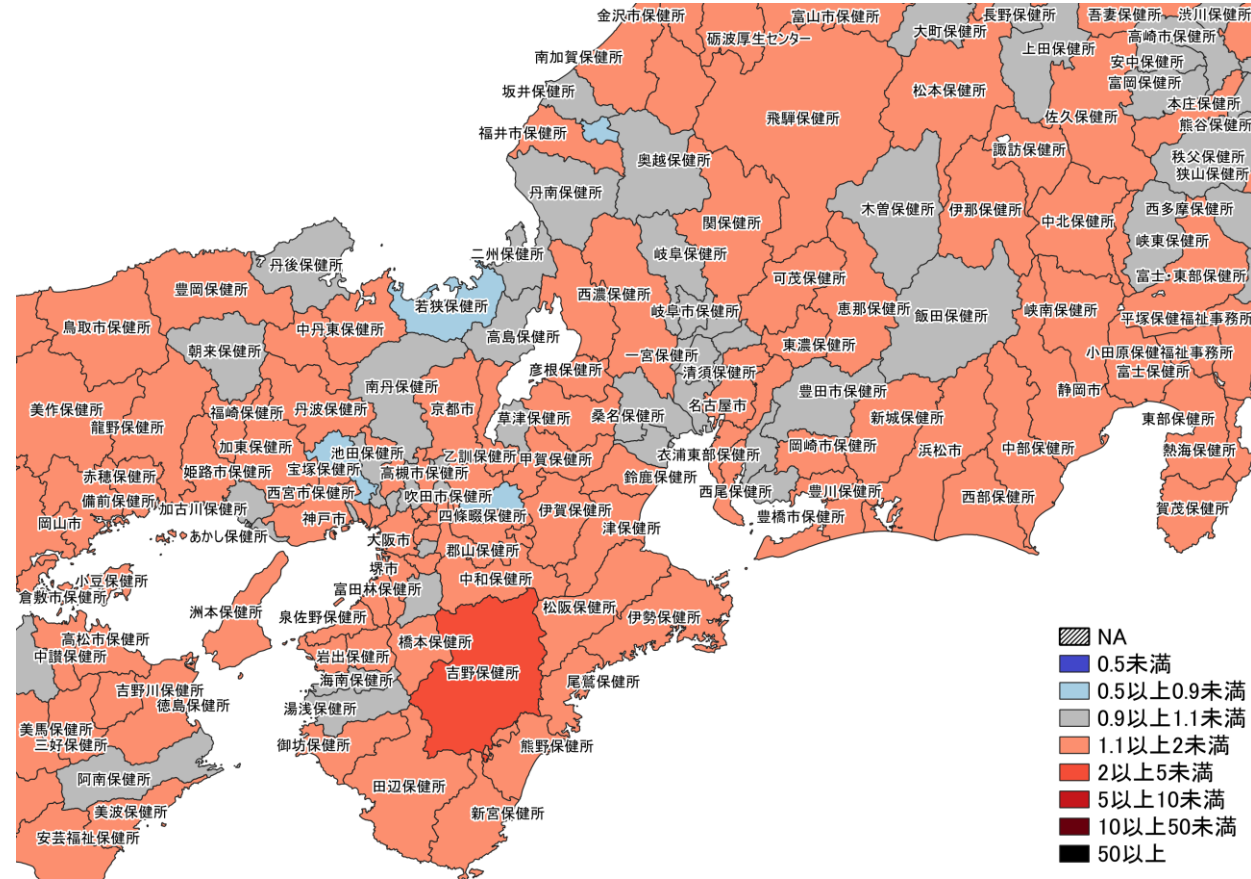


12/26~ 1/1
1/2~ 1/8

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
北陸・中部地域 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

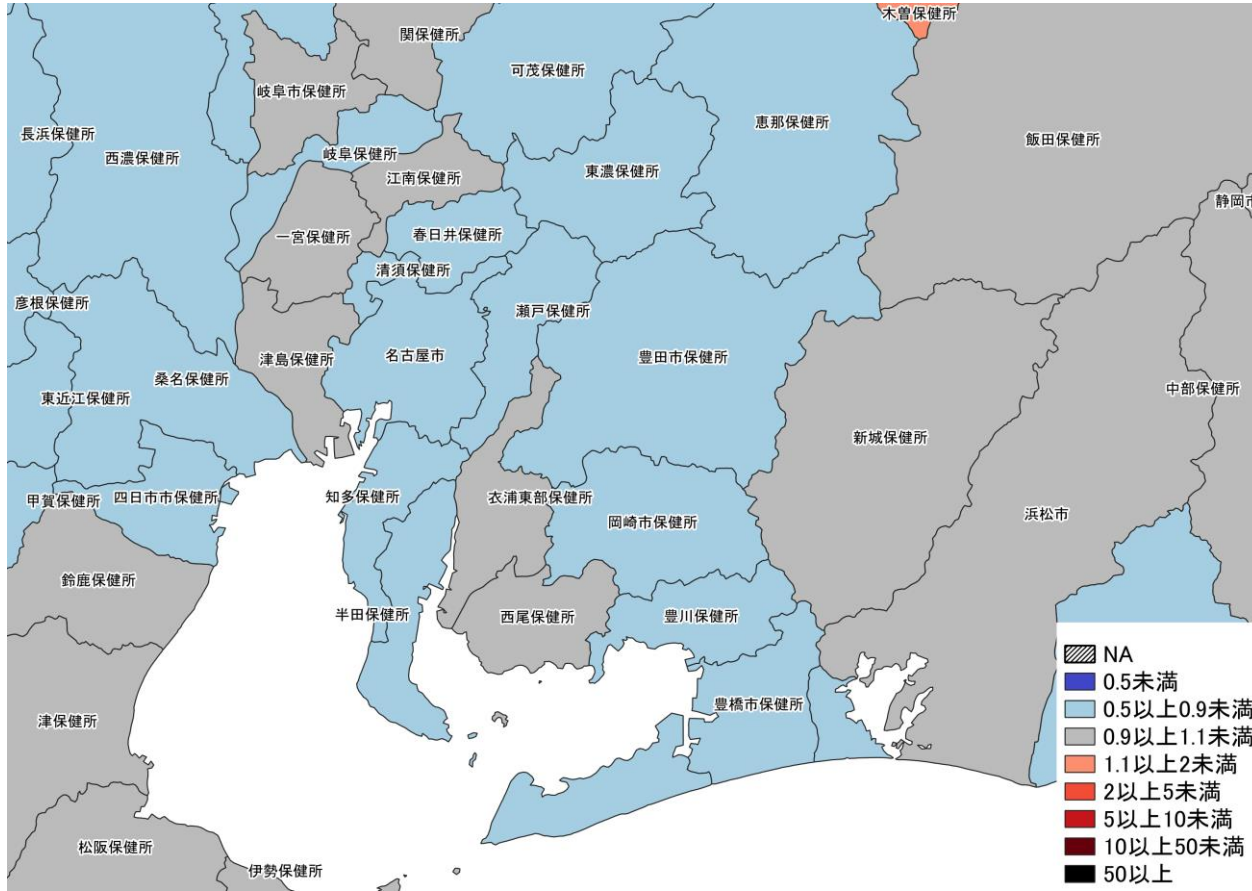


12/19~12/25
12/26~1/1

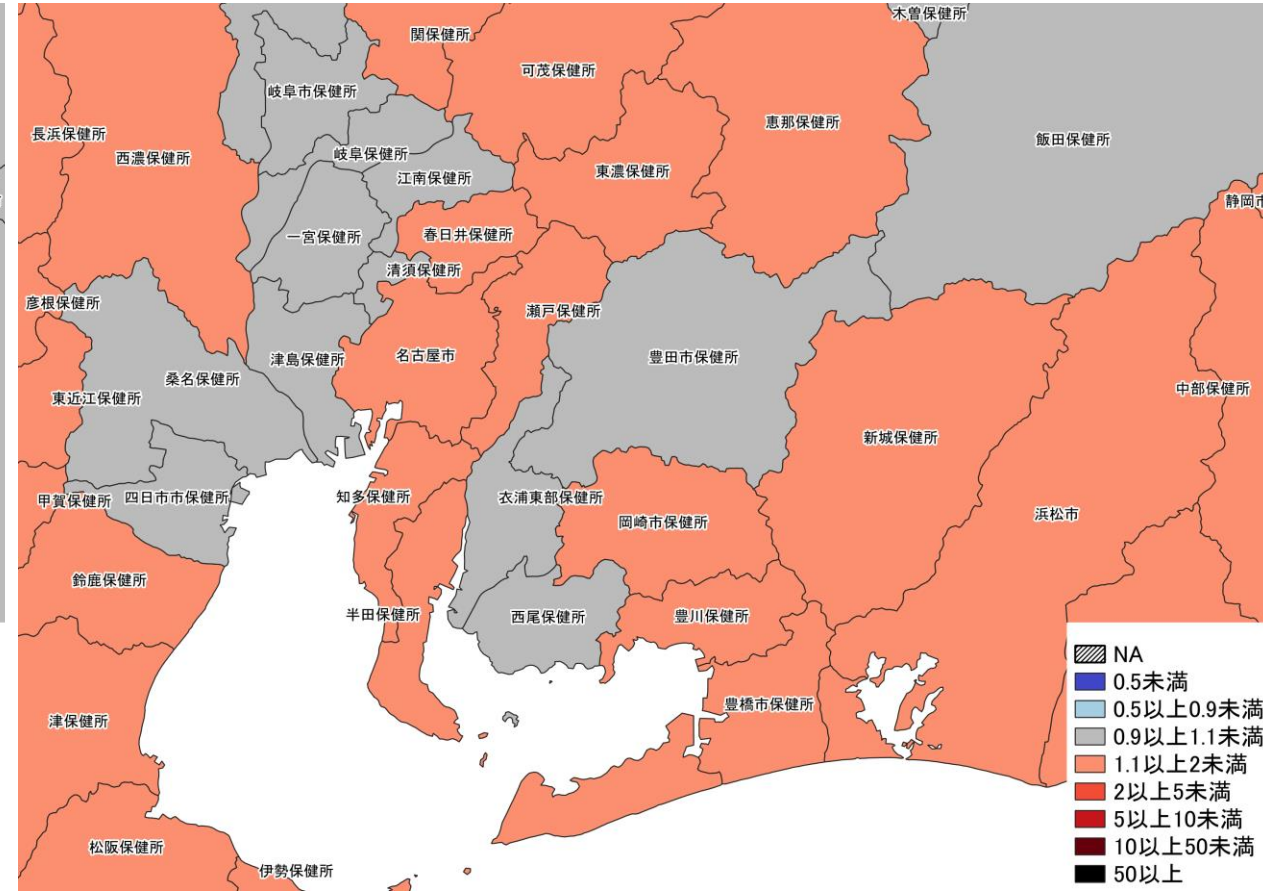


12/26~1/1
1/2~1/8

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
 関西・中京圏 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

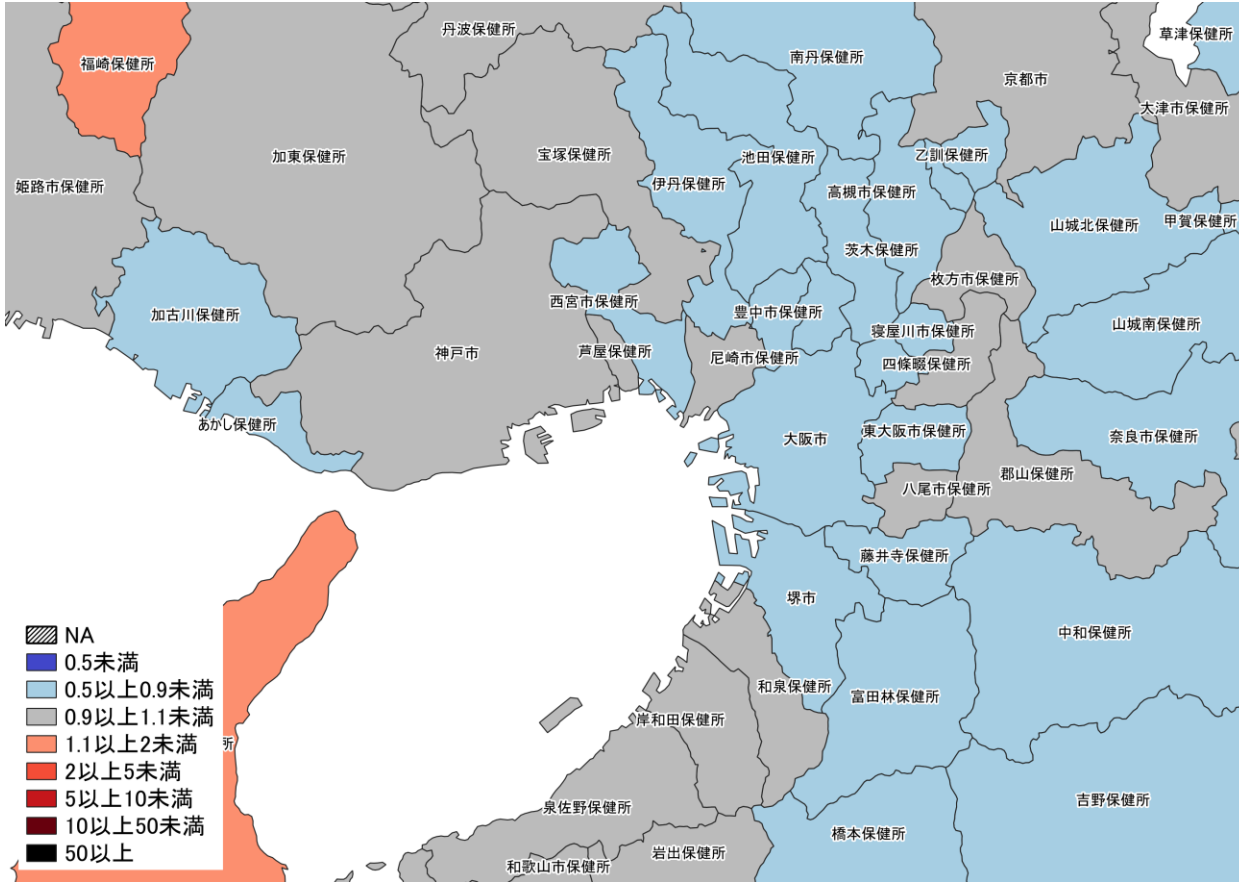


12/19~ 12/25
12/26~ 1/1

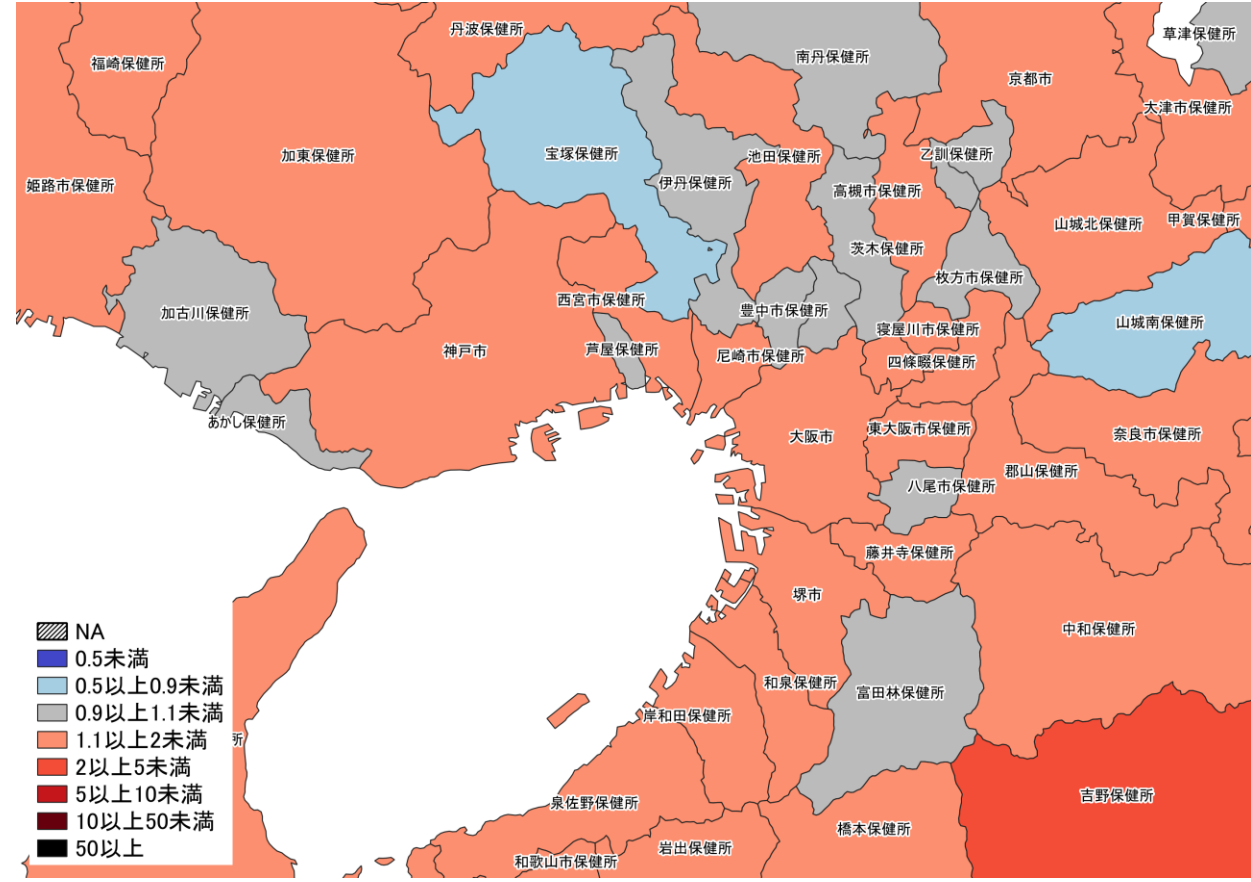


12/26~ 1/1
1/2~ 1/8

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
名古屋周辺 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

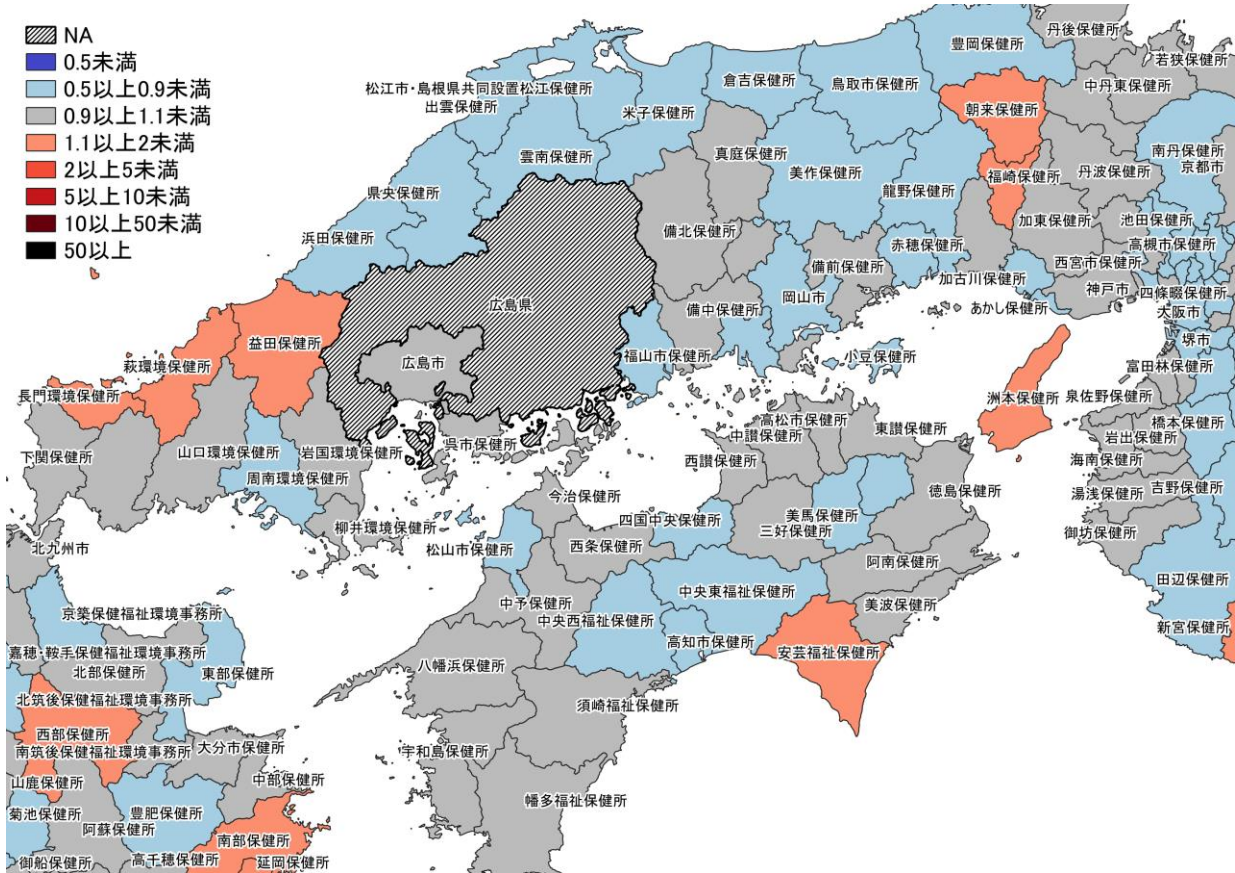


12/19~ 12/25
12/26~ 1/1

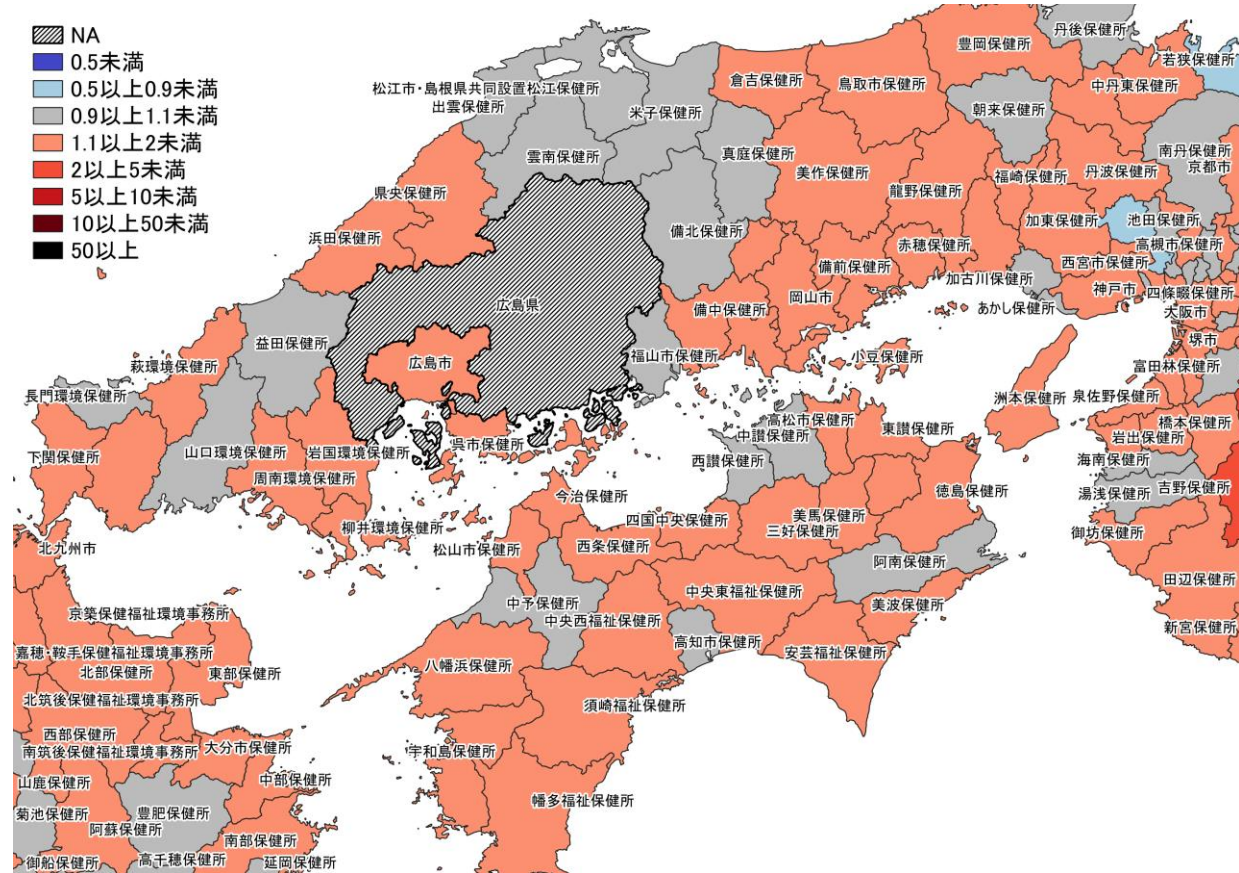


12/26~ 1/1
1/2~ 1/8

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
大阪周辺 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



12/19～12/25
12/26～1/1

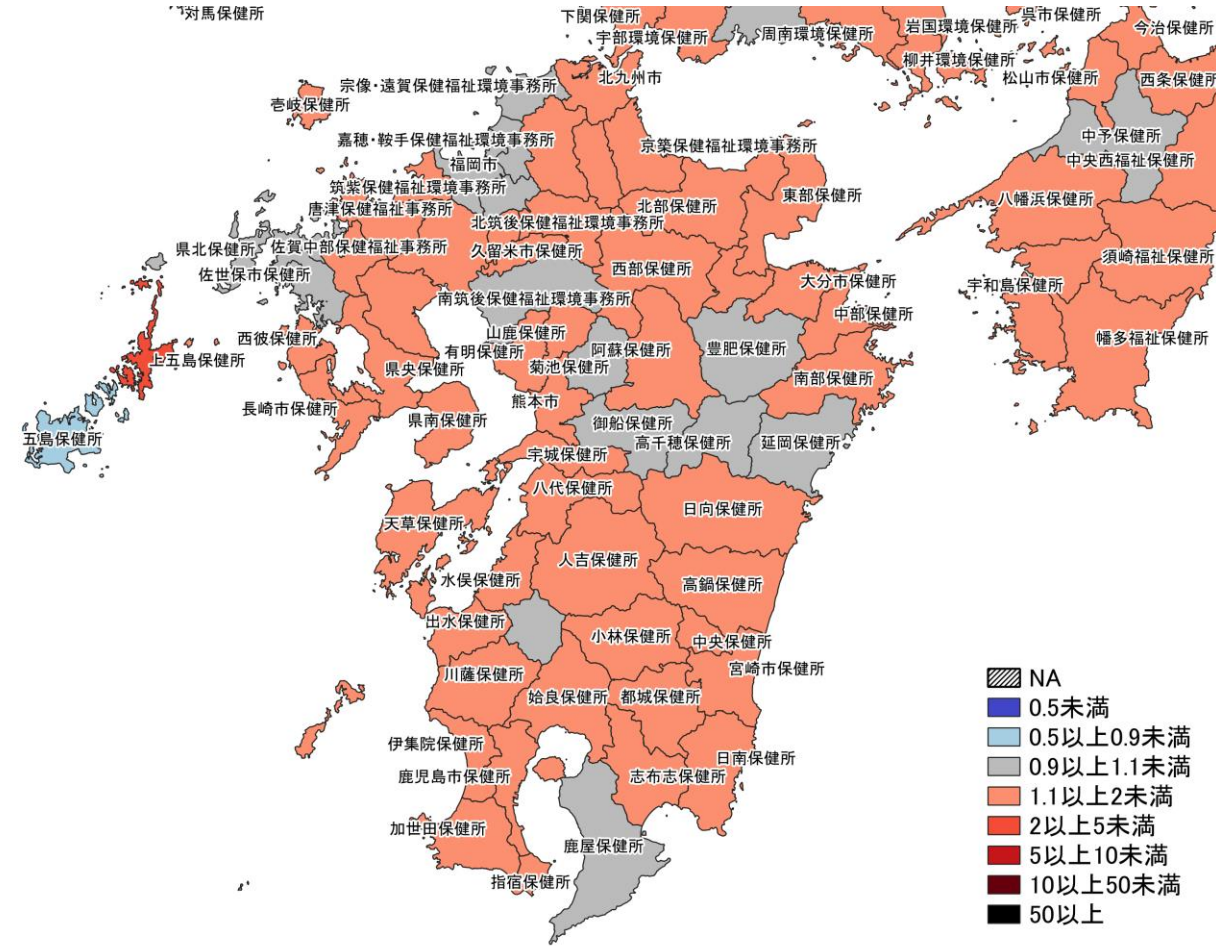
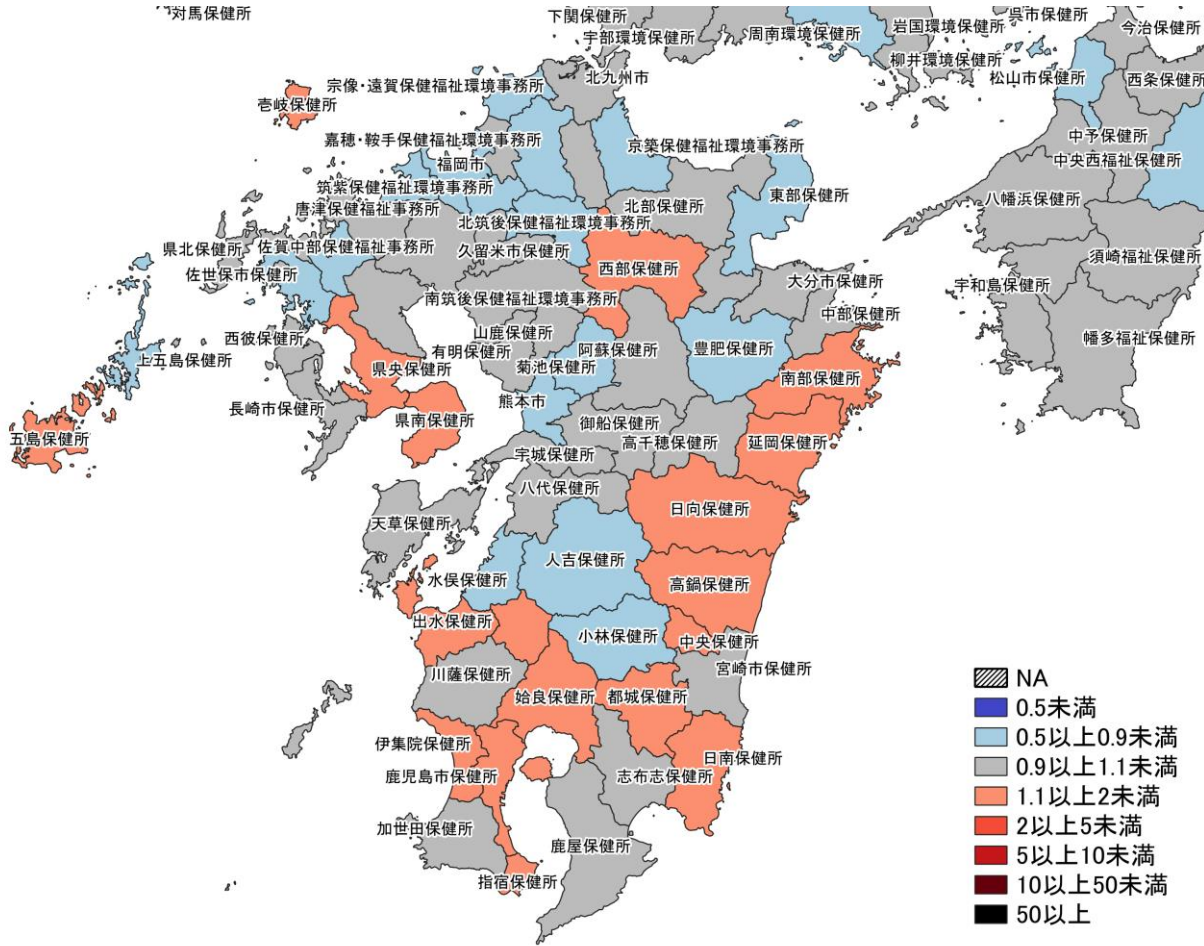


12/26～1/1
1/2～1/8

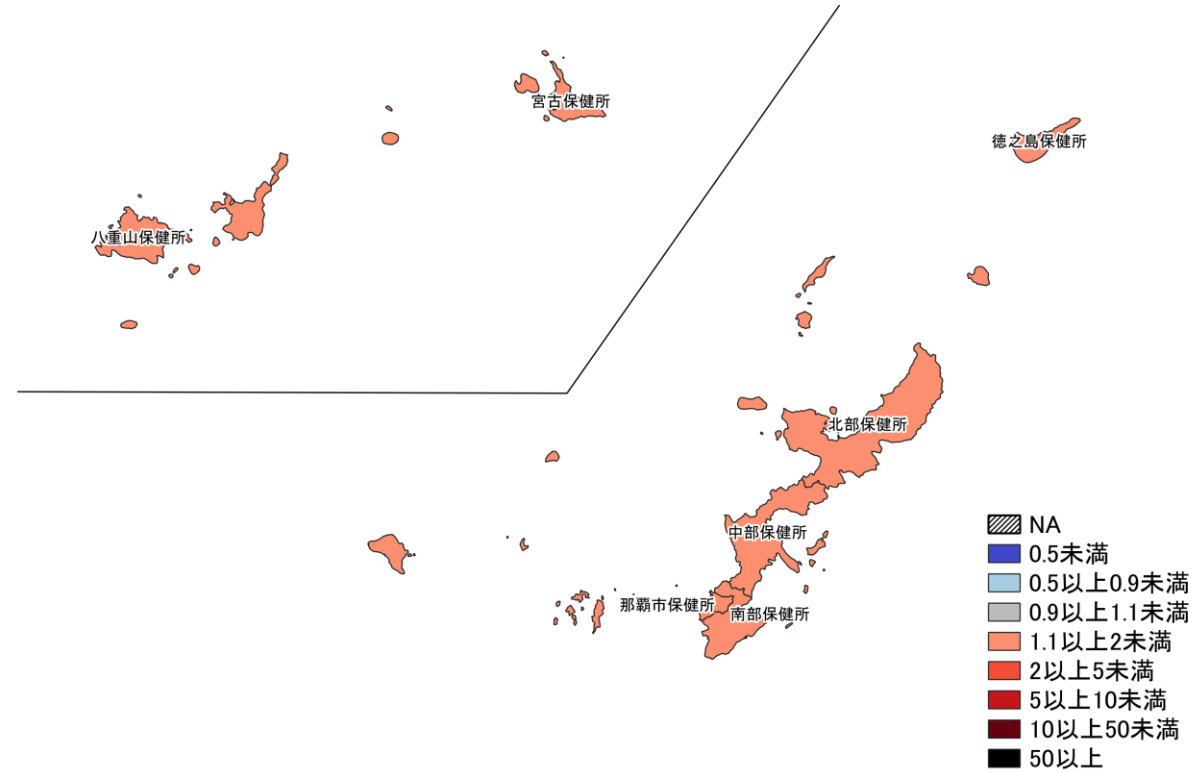
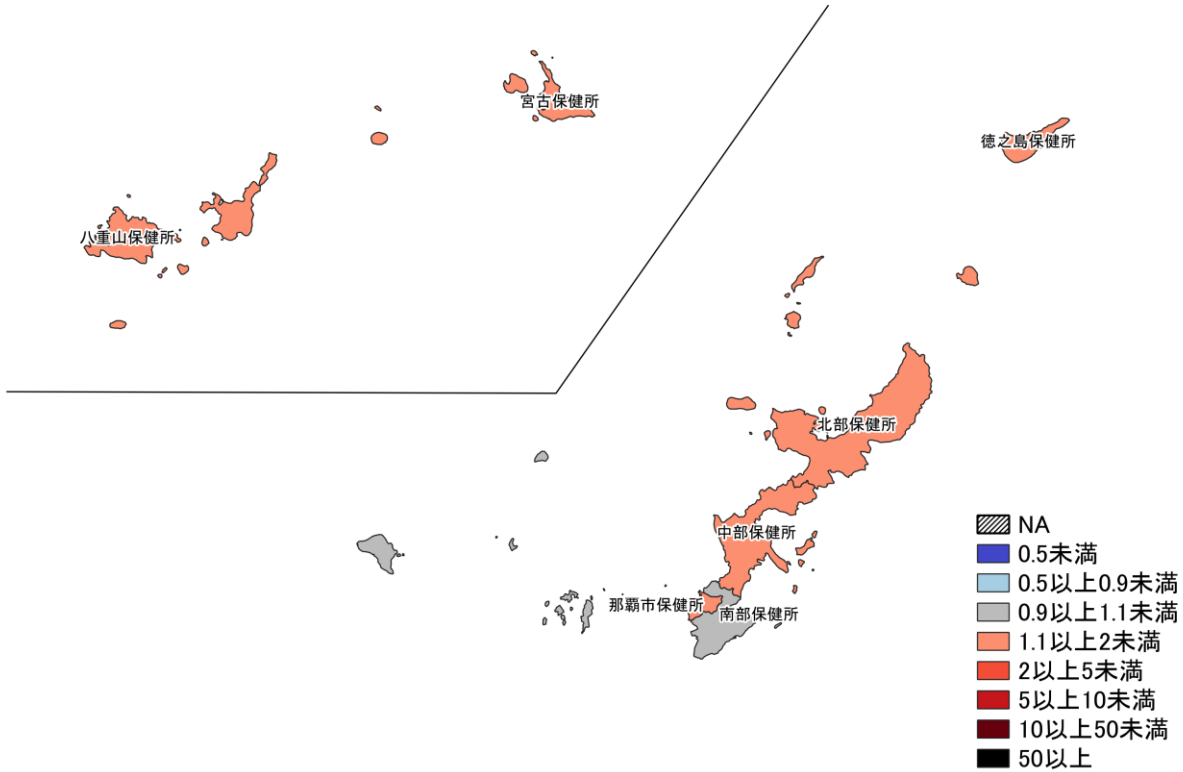
7日間累積新規症例報告数 前週比マップ

中国・四国地域 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要

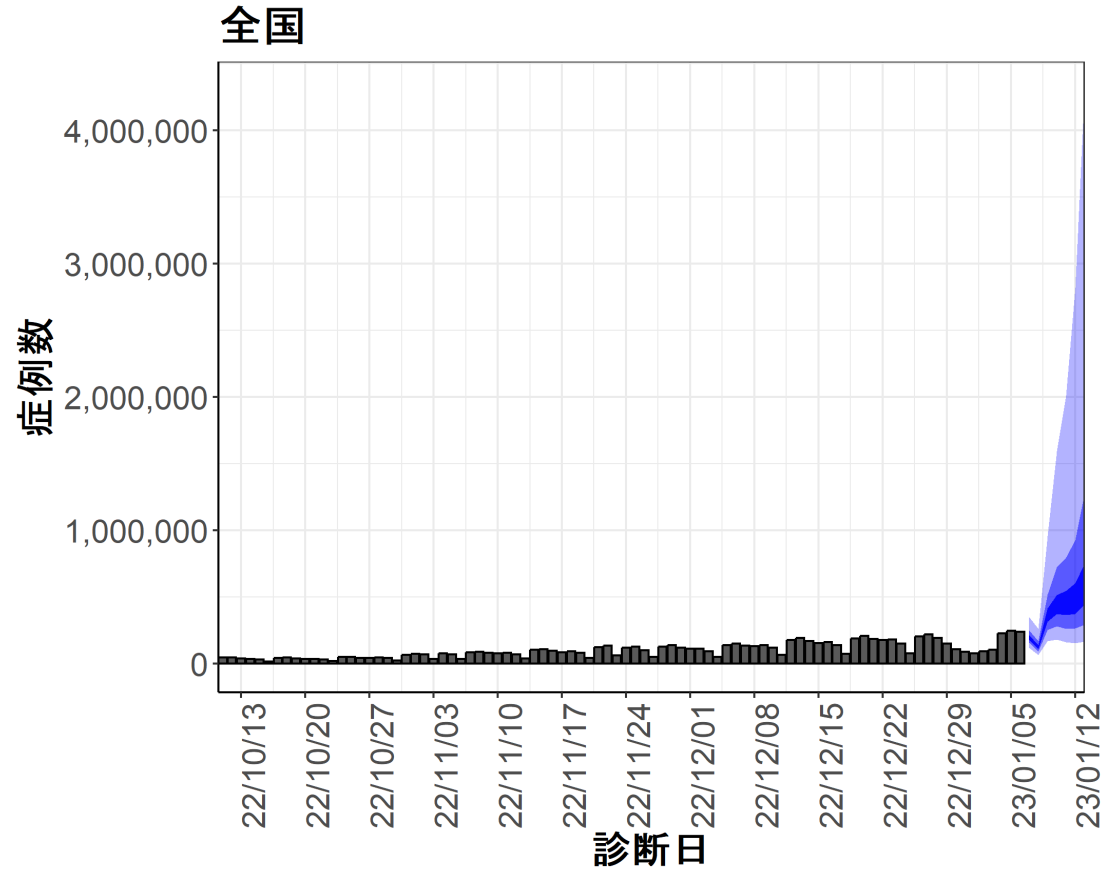


7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
九州地域 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
 沖縄（陽性者登録センターの報告数を含まない）

新規症例数の予測値：全国



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2023-01-07	196008.5
2023-01-08	123407.5
2023-01-09	362317.0
2023-01-10	431665.0
2023-01-11	447236.5
2023-01-12	472890.0
2023-01-13	570342.5

新規症例数は、一定の確率（90%、50%、20%）で青い帯の幅の範囲内に収まることが期待される。推定中央値は、あくまでも参考である。

新規症例数予測：新規症例数（診断日別）はHER-SYSに入力された値を用い、RパッケージEpiNow2を用いて予測値を推定した¹。

（英国から報告されたオミクロン株の世代時間²、国内の積極的疫学調査により得られたオミクロン株に推定された潜伏期間、HER-SYSから推定された発症から診断までにかかる日数をパラメータとして設定）

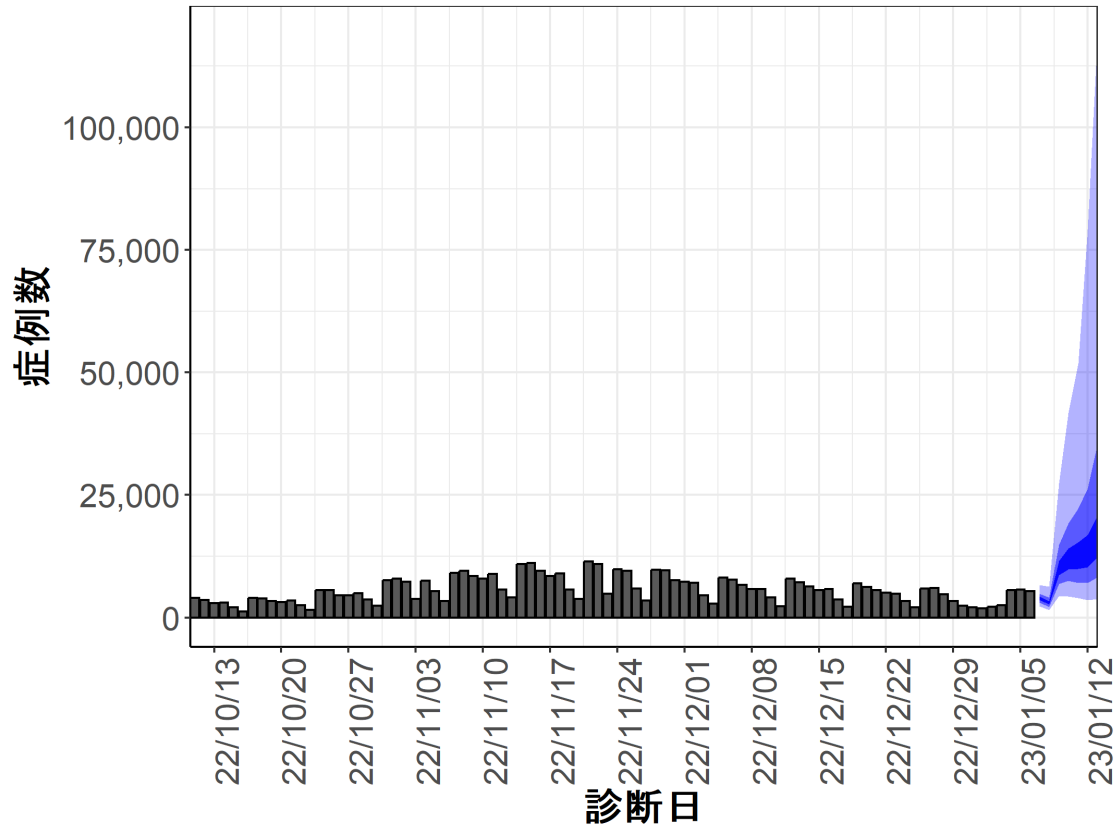
図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の補助として活用されることを想定している。

¹ <https://github.com/epiforecasts/EpiNow2>

² http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron

新規症例数の予測値：北海道

北海道



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2023-01-07	3887.5
2023-01-08	3015.0
2023-01-09	10047.5
2023-01-10	11553.0
2023-01-11	12232.5
2023-01-12	13160.0
2023-01-13	16003.5

新規症例数は、一定の確率（90%、50%、20%）で青い帯の幅の範囲内に収まることが期待される。推定中央値は、あくまでも参考である。

新規症例数予測：新規症例数（診断日別）はHER-SYSに入力された値を用い、RパッケージEpiNow2を用いて予測値を推定した¹。

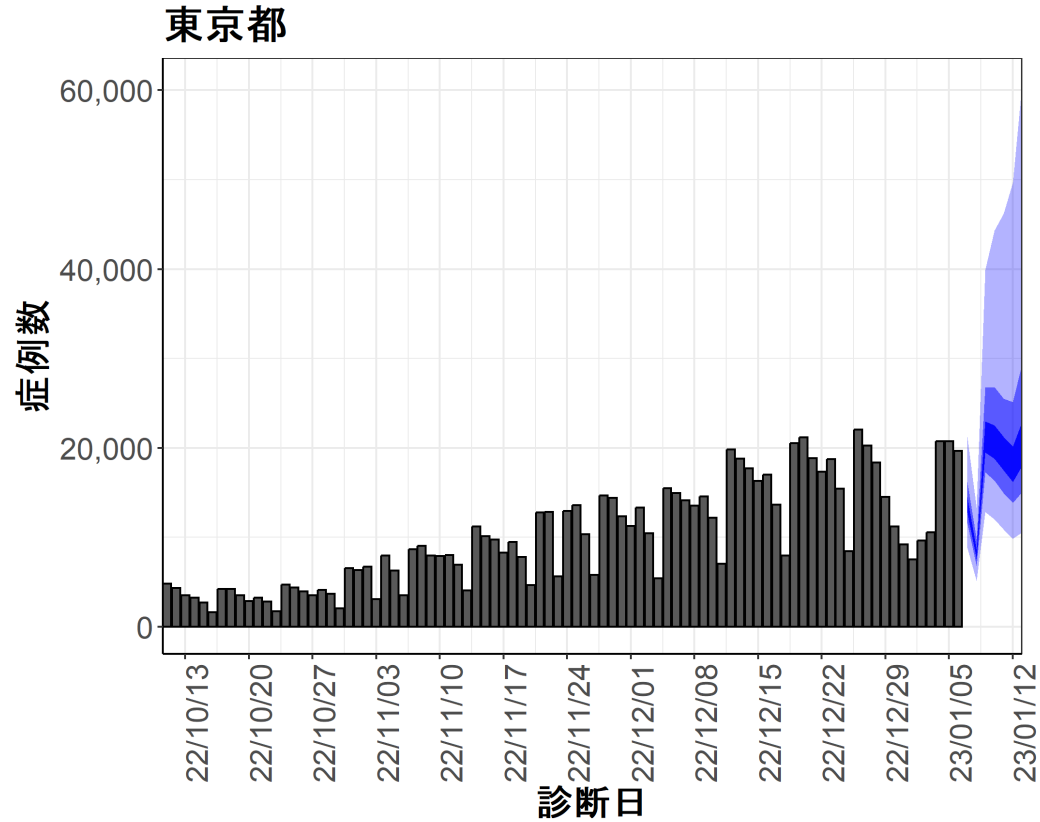
（英国から報告されたオミクロン株の世代時間²、国内の積極的疫学調査により得られたオミクロン株に推定された潜伏期間、HER-SYSから推定された発症から診断までにかかる日数をパラメータとして設定）

図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の補助として活用されることを想定している。

¹ <https://github.com/epiforecasts/EpiNow2>

² http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron

新規症例数の予測値：東京都



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2023-01-07	13593.5
2023-01-08	8088.0
2023-01-09	21315.0
2023-01-10	20573.0
2023-01-11	19187.0
2023-01-12	17845.0
2023-01-13	20164.0

新規症例数は、一定の確率（90%、50%、20%）で青い帯の幅の範囲内に収まることが期待される。推定中央値は、あくまでも参考である。

新規症例数予測：新規症例数（診断日別）はHER-SYSに入力された値を用い、RパッケージEpiNow2を用いて予測値を推定した¹。

（英国から報告されたオミクロン株の世代時間²、国内の積極的疫学調査により得られたオミクロン株に推定された潜伏期間、HER-SYSから推定された発症から診断までにかかる日数をパラメータとして設定）

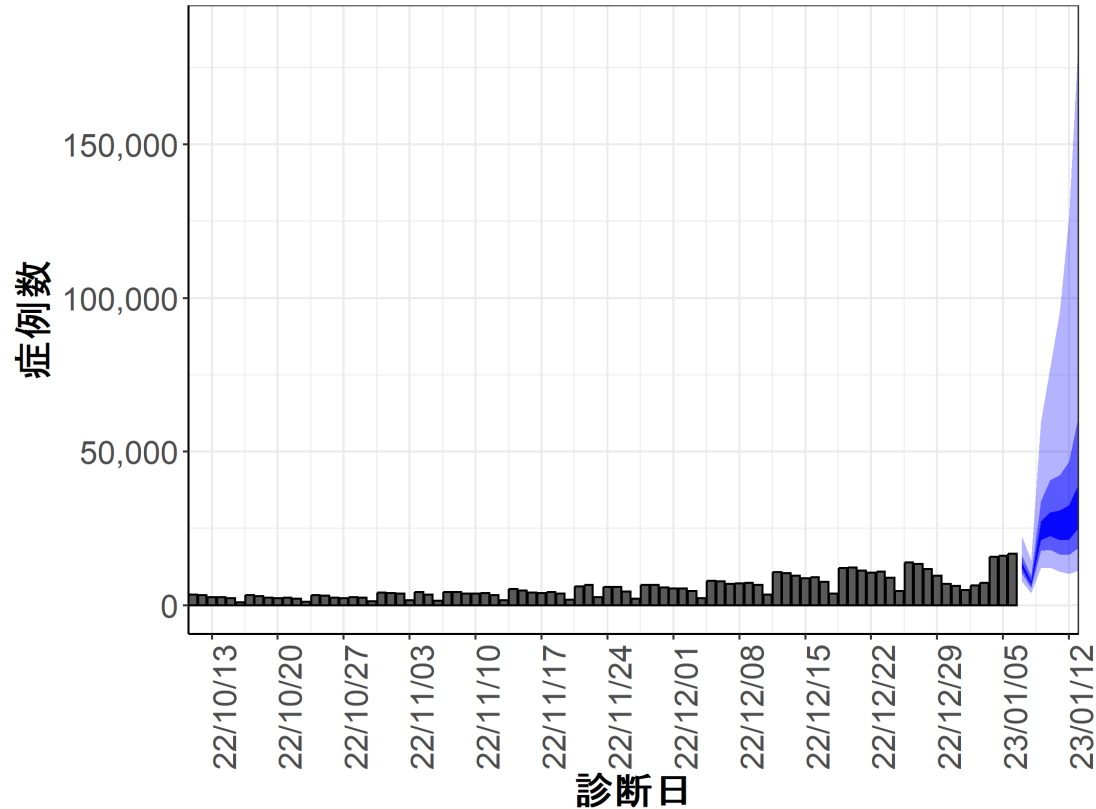
図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の補助として活用されることを想定している。

¹ <https://github.com/epiforecasts/EpiNow2>

² http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron

新規症例数の予測値：大阪府

大阪府



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2023-01-07	12866.0
2023-01-08	7322.0
2023-01-09	24074.5
2023-01-10	25771.5
2023-01-11	24978.0
2023-01-12	25994.5
2023-01-13	31284.5

新規症例数は、一定の確率（90%、50%、20%）で青い帯の幅の範囲内に収まることが期待される。推定中央値は、あくまでも参考である。

新規症例数予測：新規症例数（診断日別）はHER-SYSに入力された値を用い、RパッケージEpiNow2を用いて予測値を推定した¹。

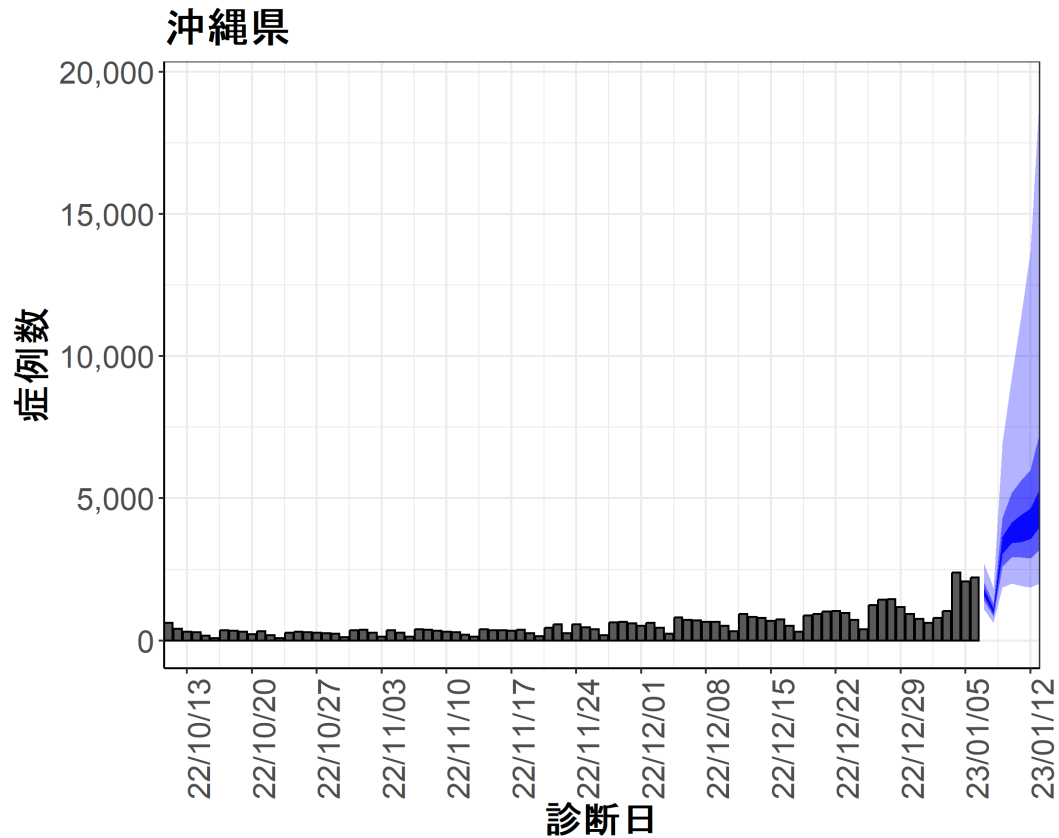
（英国から報告されたオミクロン株の世代時間²、国内の積極的疫学調査により得られたオミクロン株に推定された潜伏期間、HER-SYSから推定された発症から診断までにかかる日数をパラメータとして設定）

図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の補助として活用されることを想定している。

¹ <https://github.com/epiforecasts/EpiNow2>

² http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron

新規症例数の予測値：沖縄県



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2023-01-07	1670.0
2023-01-08	1038.0
2023-01-09	3339.0
2023-01-10	3777.0
2023-01-11	3946.0
2023-01-12	4032.0
2023-01-13	4645.5

新規症例数は、一定の確率（90%、50%、20%）で青い帯の幅の範囲内に収まることが期待される。推定中央値は、あくまでも参考である。

新規症例数予測：新規症例数（診断日別）はHER-SYSに入力された値を用い、RパッケージEpiNow2を用いて予測値を推定した¹。

（英国から報告されたオミクロン株の世代時間²、国内の積極的疫学調査により得られたオミクロン株に推定された潜伏期間、HER-SYSから推定された発症から診断までにかかる日数をパラメータとして設定）

図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の補助として活用されることを想定している。

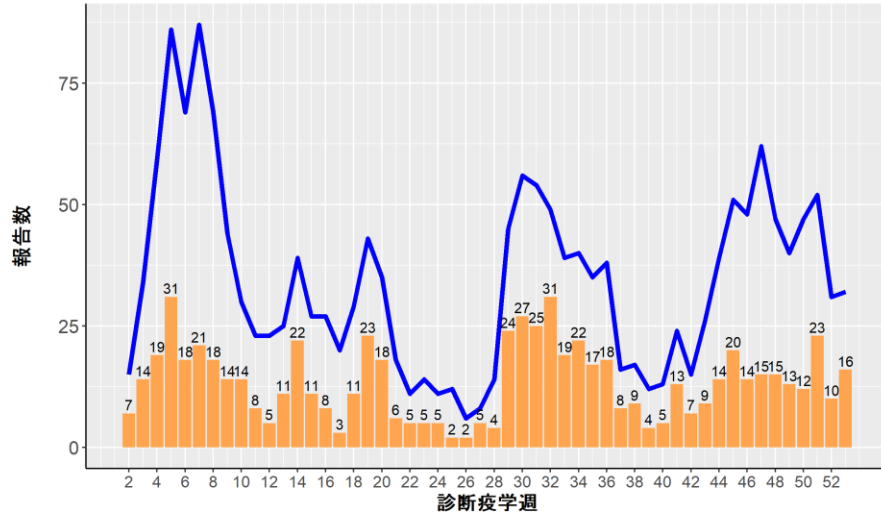
¹ <https://github.com/epiforecasts/EpiNow2>

² http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron

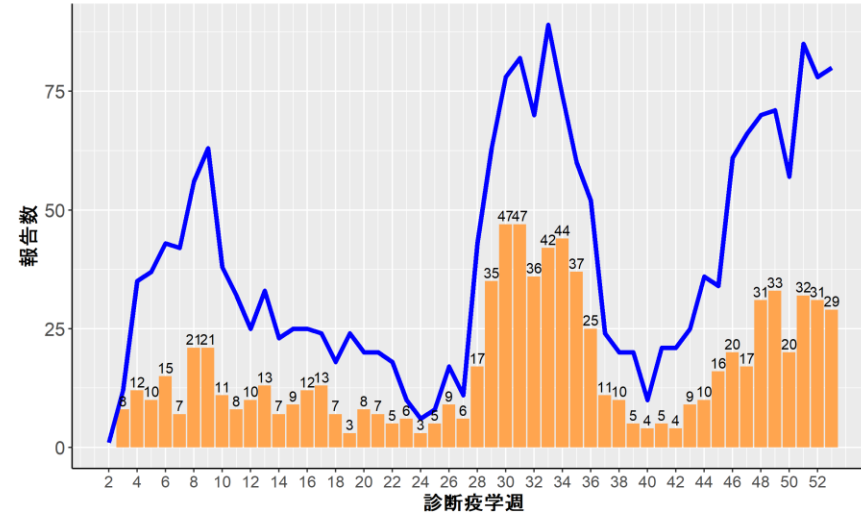
HER-SYSに報告された各地域別の新規中等症以上、重症例の報告数

2022年1月9日

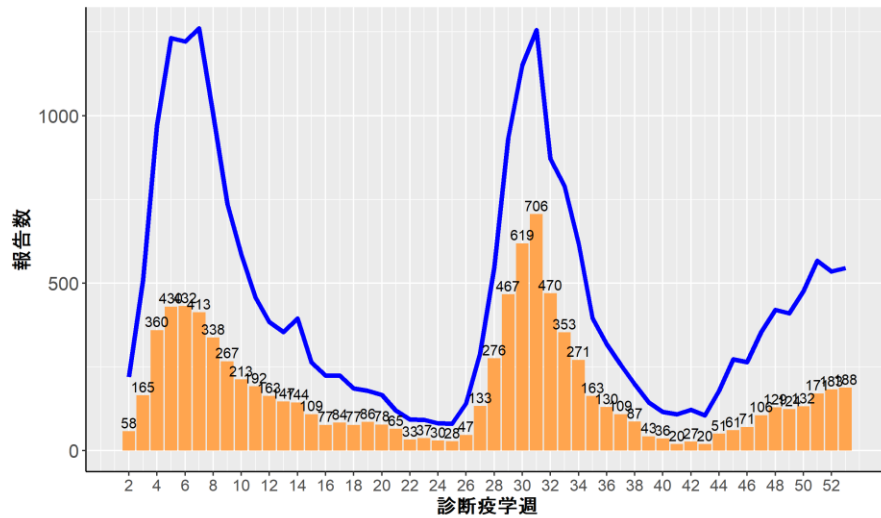
北海道



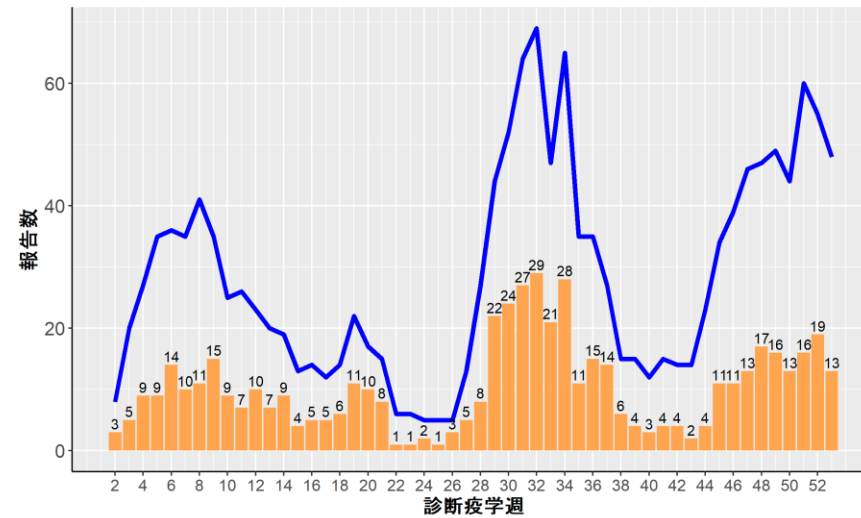
東北



関東



北陸

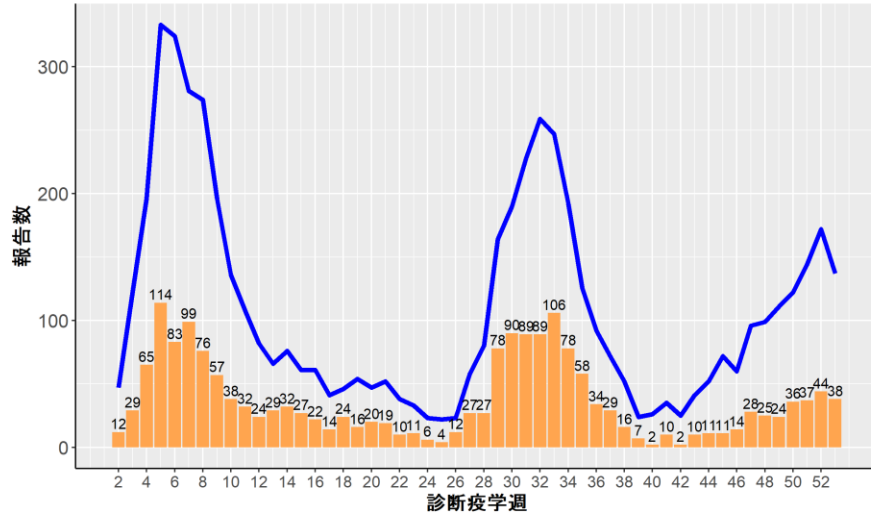


— 中等症以上 ■ 重症

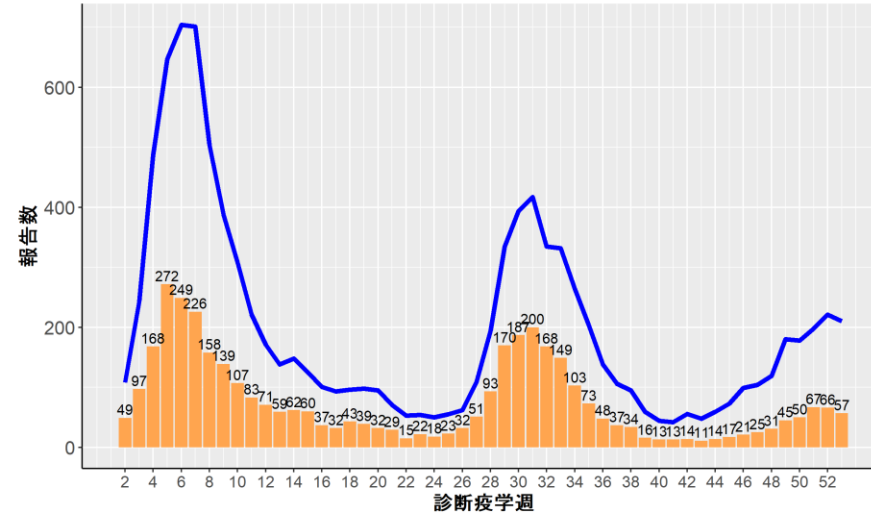
HER-SYSに報告された各地域別の新規中等症以上、重症例の報告数

2022年1月9日

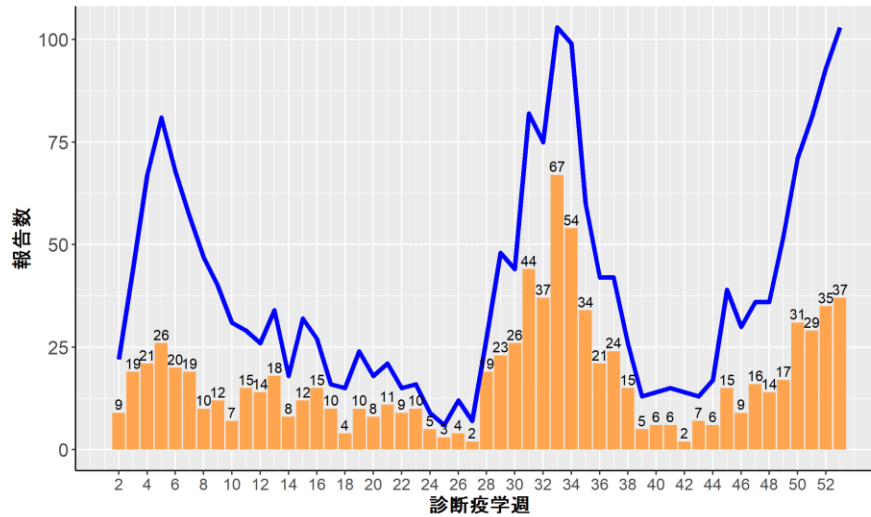
東海



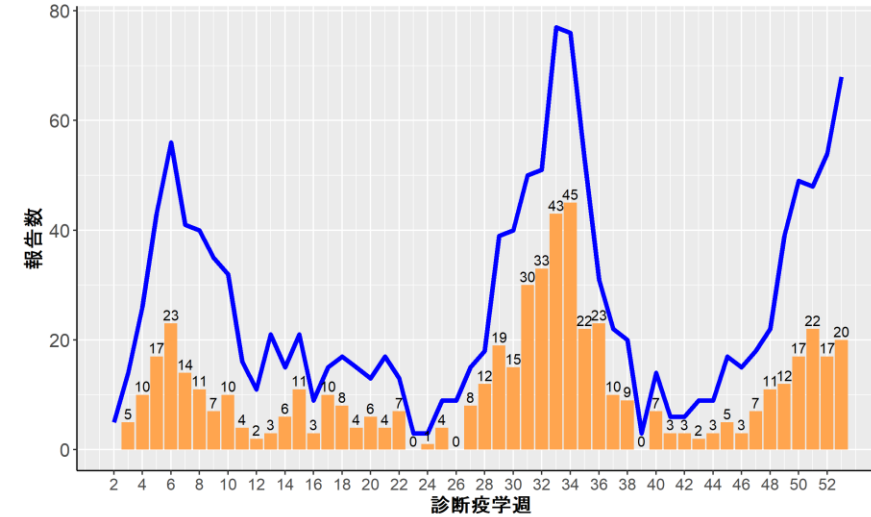
近畿



中国



四国

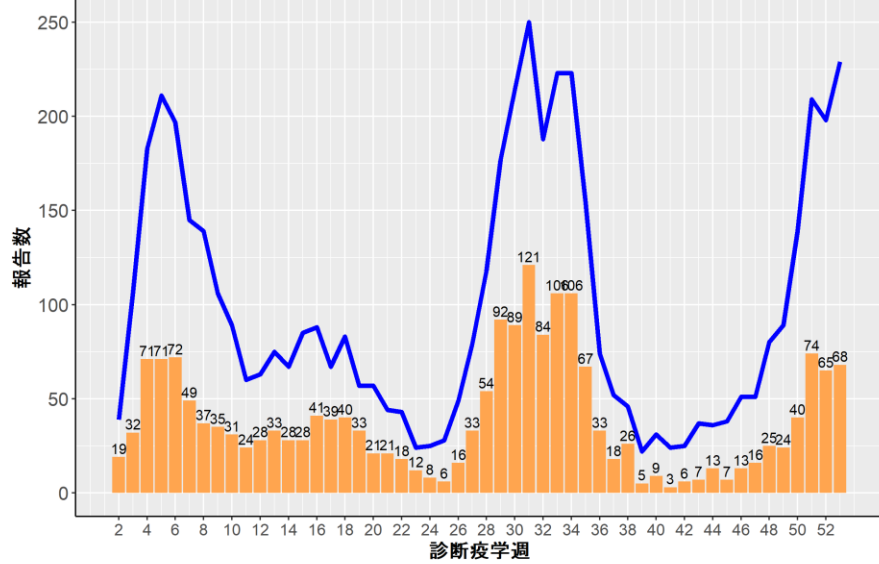


— 中等症以上 ■ 重症

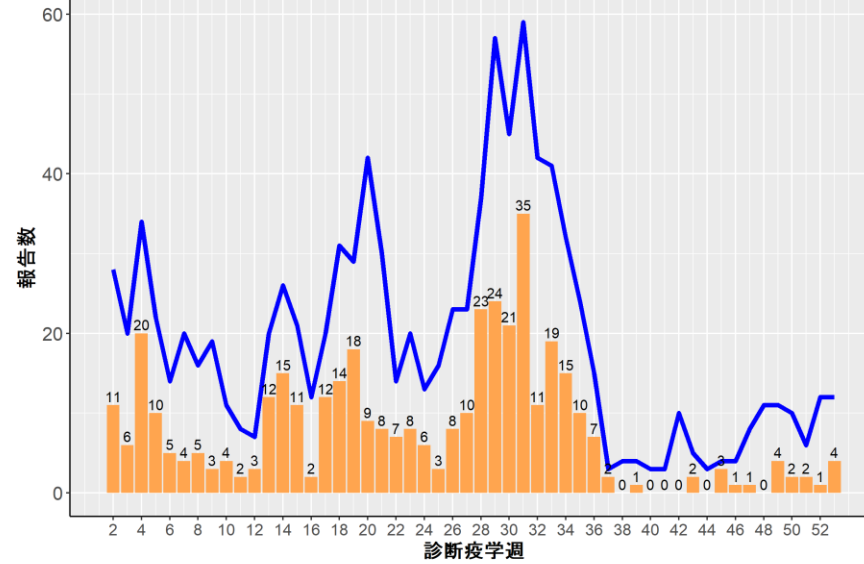
HER-SYSに報告された各地域別の新規中等症以上、重症例の報告数

2022年1月9日

九州



沖縄



— 中等症以上 ■ 重症

学校欠席者の状況について：1月9日時点

方法：学校等欠席者・感染症情報システムから加入施設のデータを抽出し、登録児童数ごとの欠席者を日毎にグラフ化した。

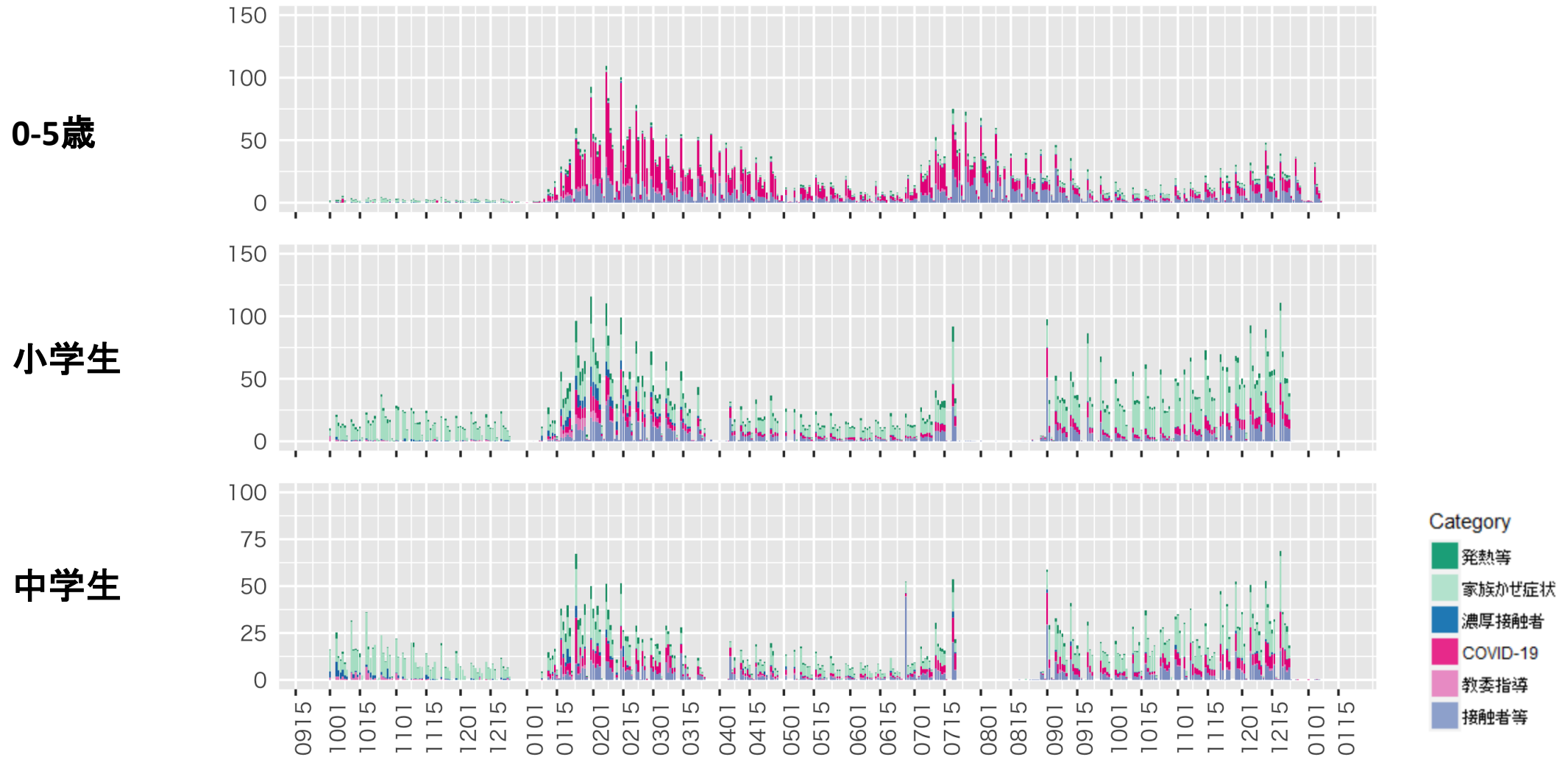
新型コロナウイルス感染症の関連欠席として、①発熱等による欠席、②家族等のかぜ症状による欠席、③濃厚接触者、④新型コロナウイルス感染症、⑤教育委員会などによる指示、⑥陽性者との接触があり新型コロナウイルス感染症が疑われるの6つが収集されている。これらの欠席はいずれも「出席停止扱い」である。東京都、愛知県、大阪府の2021年9月15日から2023年1月9日までの登録児童あたりの欠席率を施設ごとにプロットした。また施設ごとの④新型コロナウイルス感染症での欠席率を週ごと都道府県ごとにプロットした。インフルエンザ関連欠席の参加児童1万人あたりの報告数を2022年4月1日から都道府県別にプロットした

評価：

- 冬期休業により小学校から高校を中心に報告されていない、あるいは非常に報告数が低いことに留意する必要がある。
- 東京都、愛知県、大阪府では0-5歳で横ばい傾向であり、その他の施設群では報告されていないか限局していた。
- 接触者等の集計は、流行に対する不安による欠席などを含んでいるために過大評価されている可能性がある。
- 新型コロナウイルス感染症による欠席率については0-5歳で横ばいから減少傾向にあった。小学校から高校では冬期休業の影響を強く受けていると考えられる。
- 流行のトレンドにはシステム加入校数の大小や報告遅れが影響している可能性に留意する必要がある。
- インフルエンザ関連欠席率では0-5歳でレベルは引き続き低い、欠席を報告する自治体数が増加傾向となった。小学校から高校では冬期休業の影響を強く受けていると考えられる。

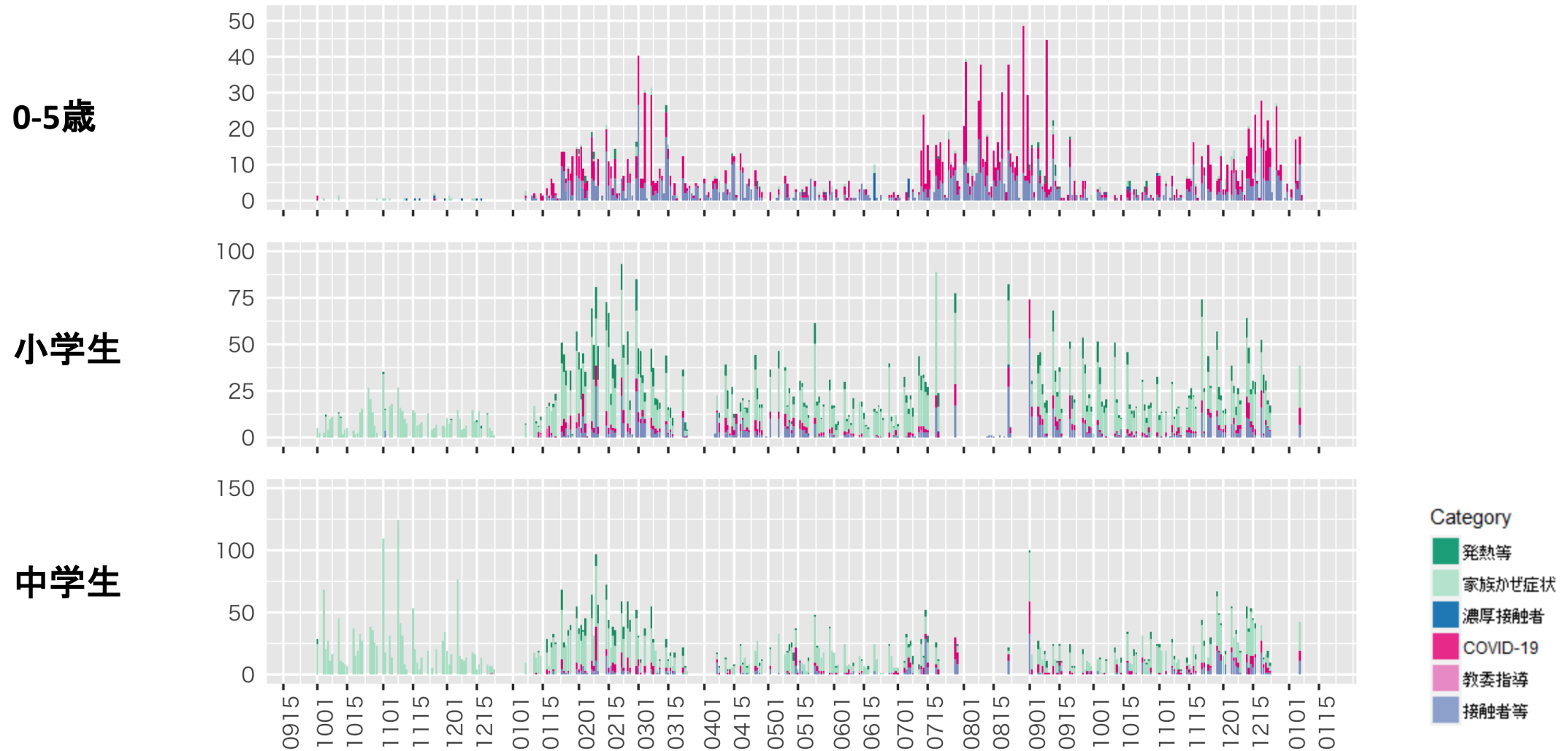
学校等欠席者・感染症情報システム：1月9日時点

東京都における新型コロナウイルス感染症関連欠席者（登録児童1万人あたり欠席率）



学校等欠席者・感染症情報システム：1月9日時点

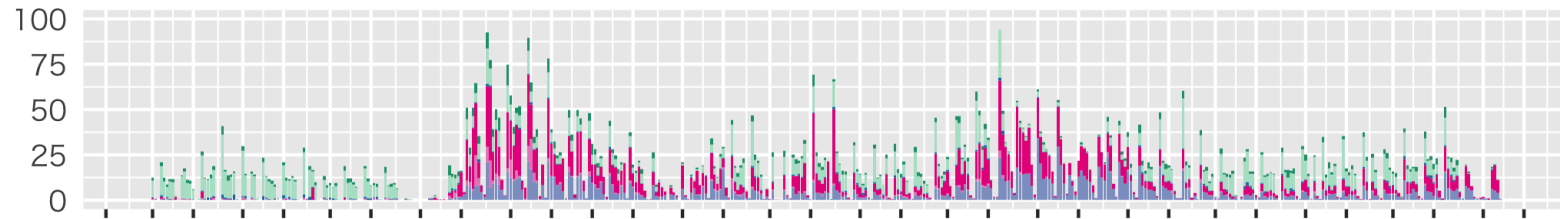
愛知県における新型コロナウイルス感染症関連欠席者（登録児童1万人あたり欠席率）



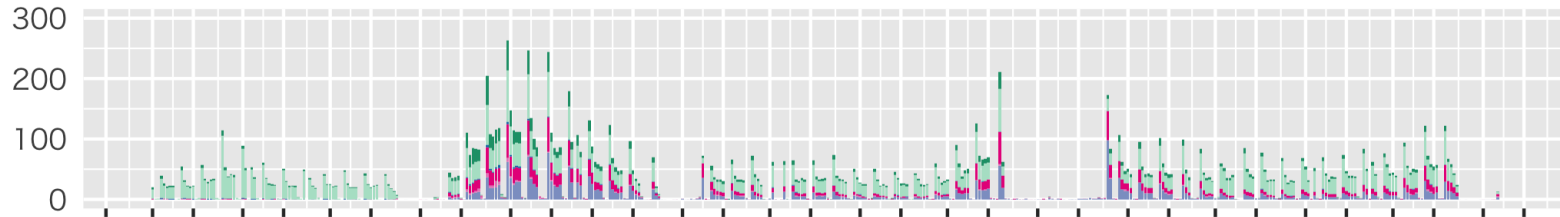
学校等欠席者・感染症情報システム：1月9日時点

大阪府における新型コロナウイルス感染症関連欠席者（登録児童1万人あたり欠席率）

0-5歳



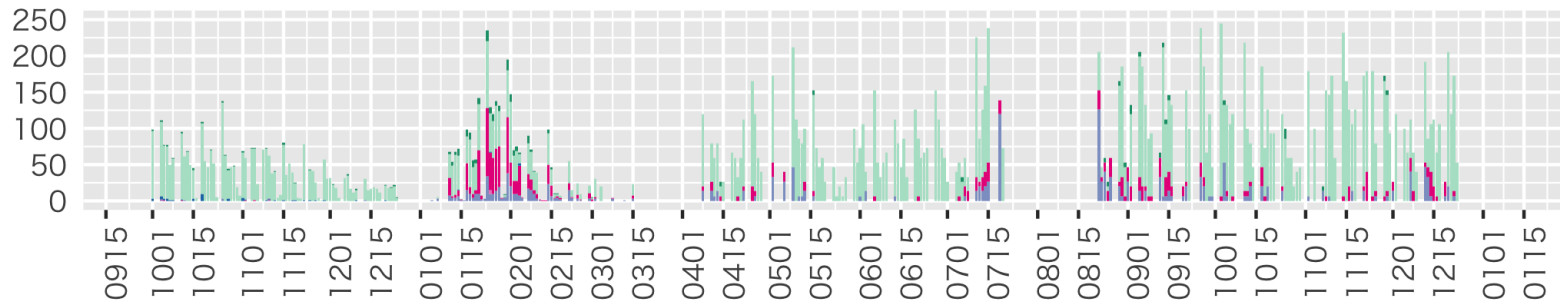
小学生



中学生



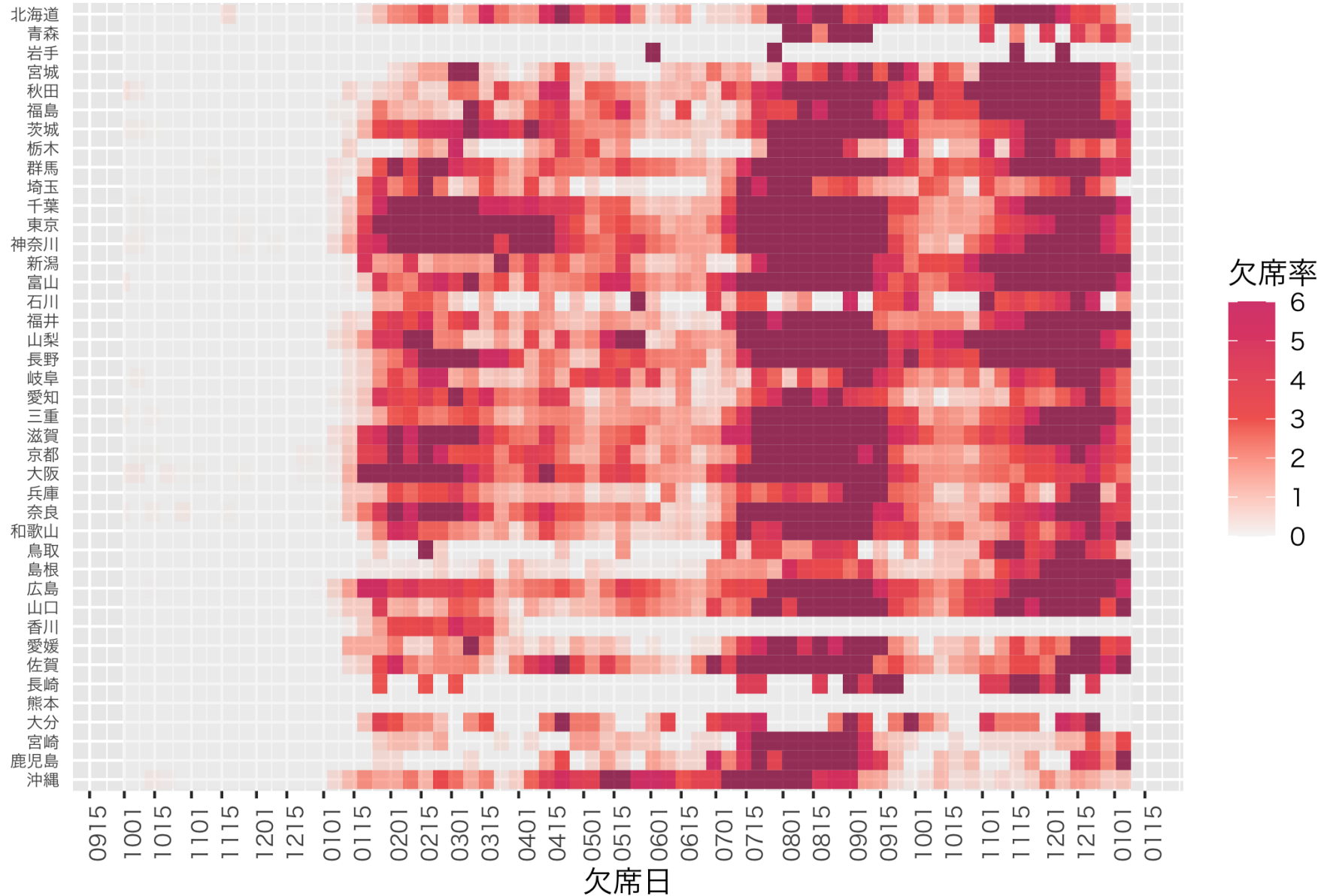
高校生



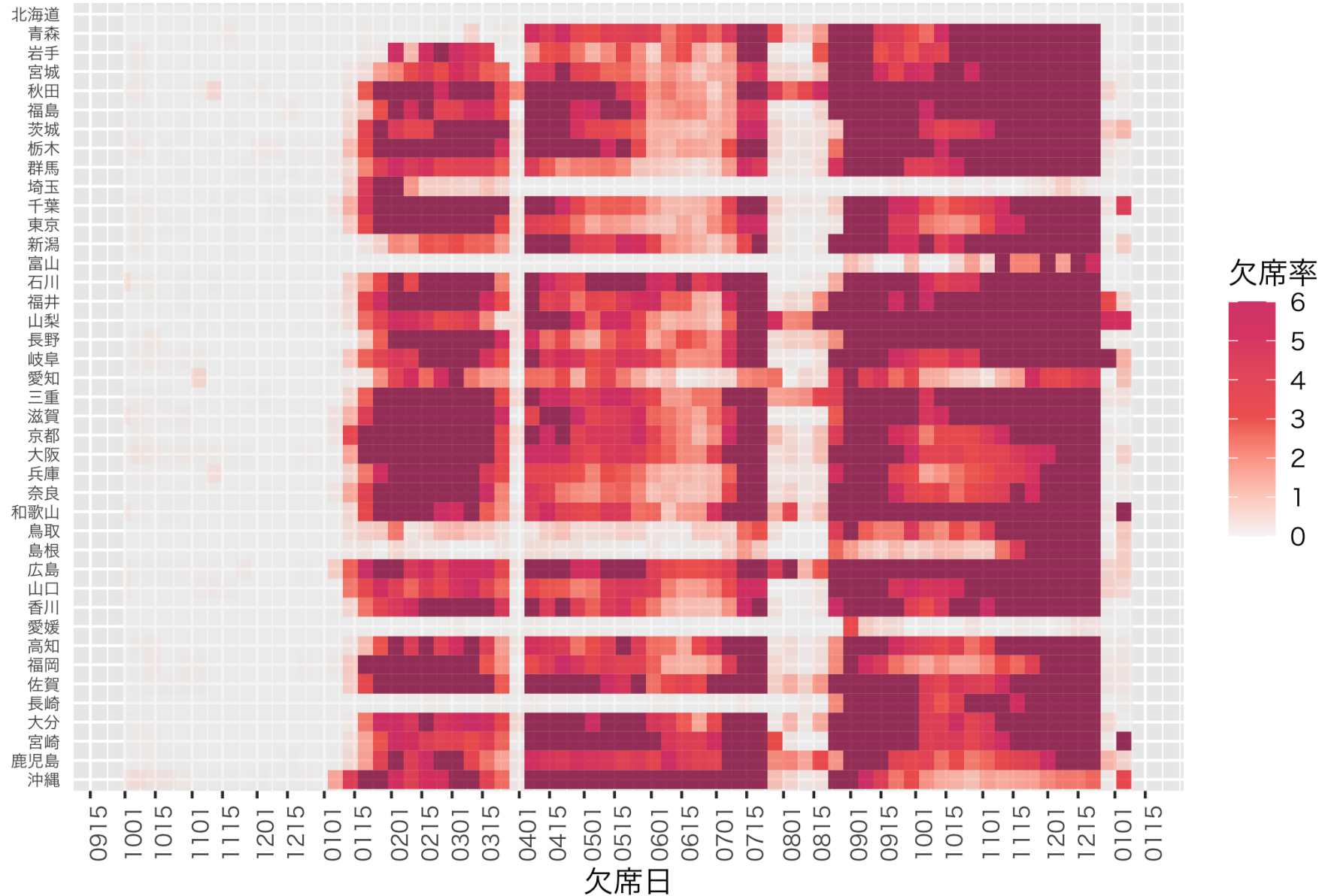
Category

- 発熱等
- 家族かぜ症状
- 濃厚接触者
- COVID-19
- 教委指導
- 接触者等

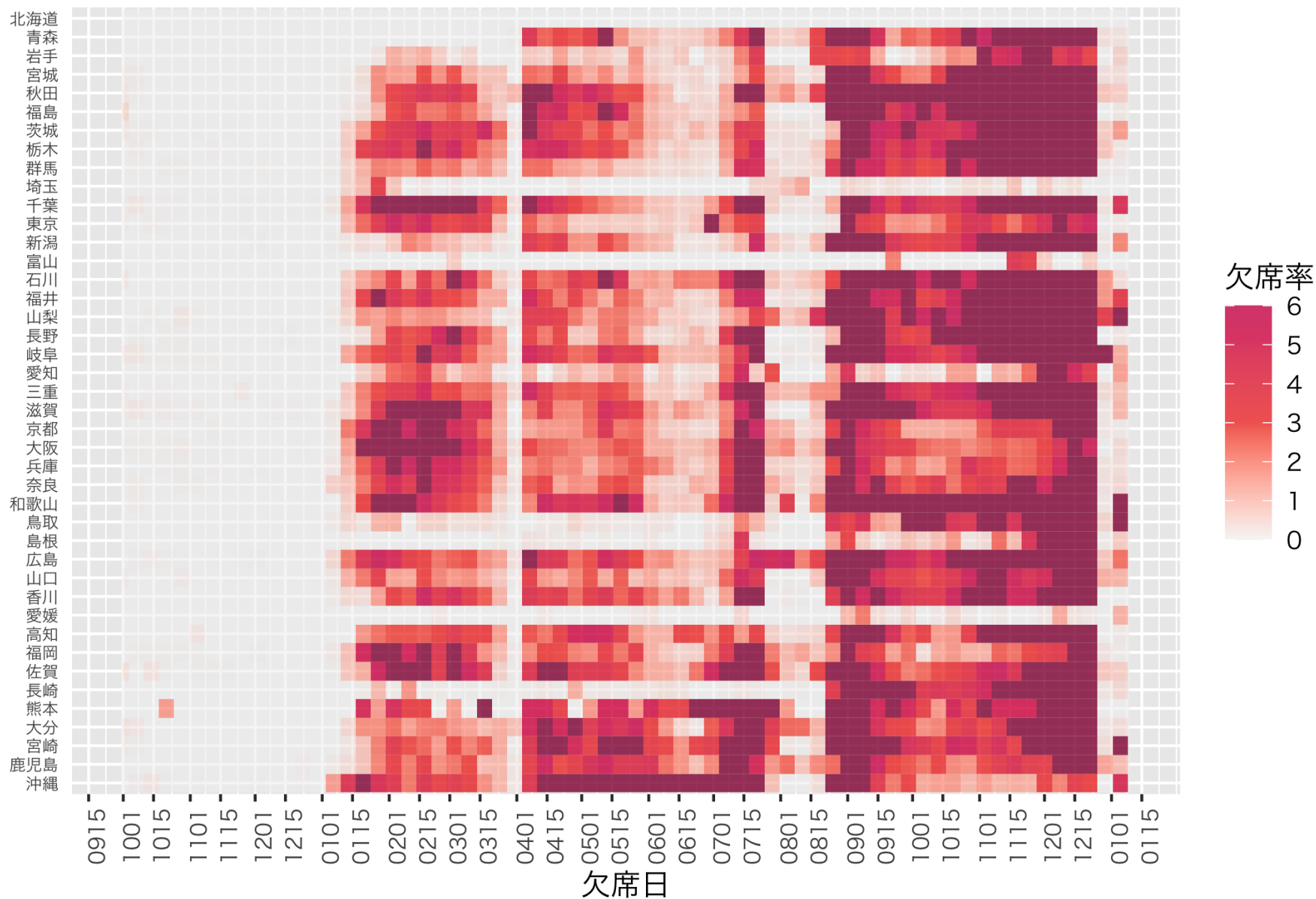
0-5歳児における新型コロナウイルス感染症による欠席率 (登録児NIID 童1万人あたり、都道府県別)



小学生における新型コロナウイルス感染症による欠席率 (登録児童1万人あたり、都道府県別)



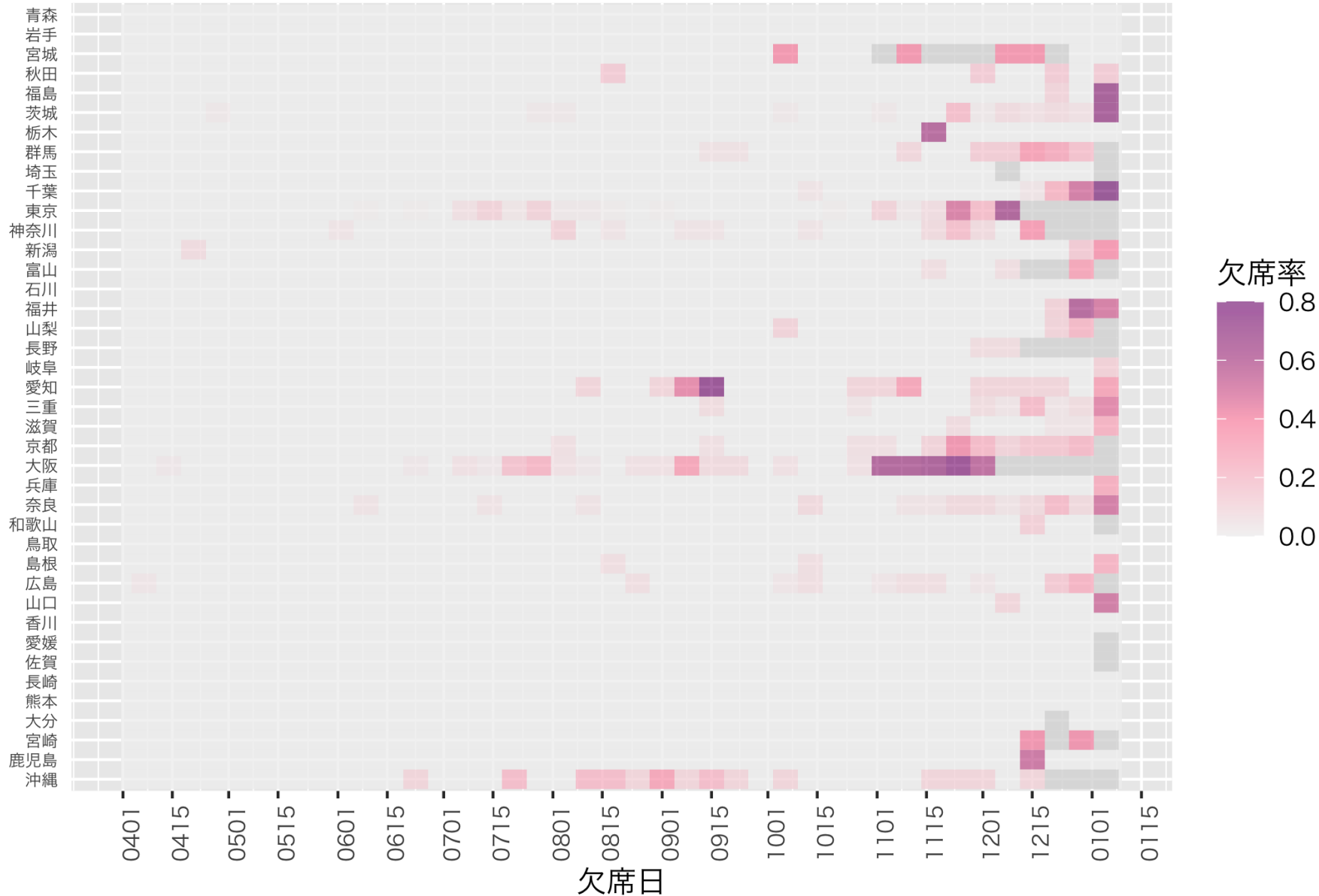
中学生における新型コロナウイルス感染症による欠席率 (登録児童1万人あたり、都道府県別)



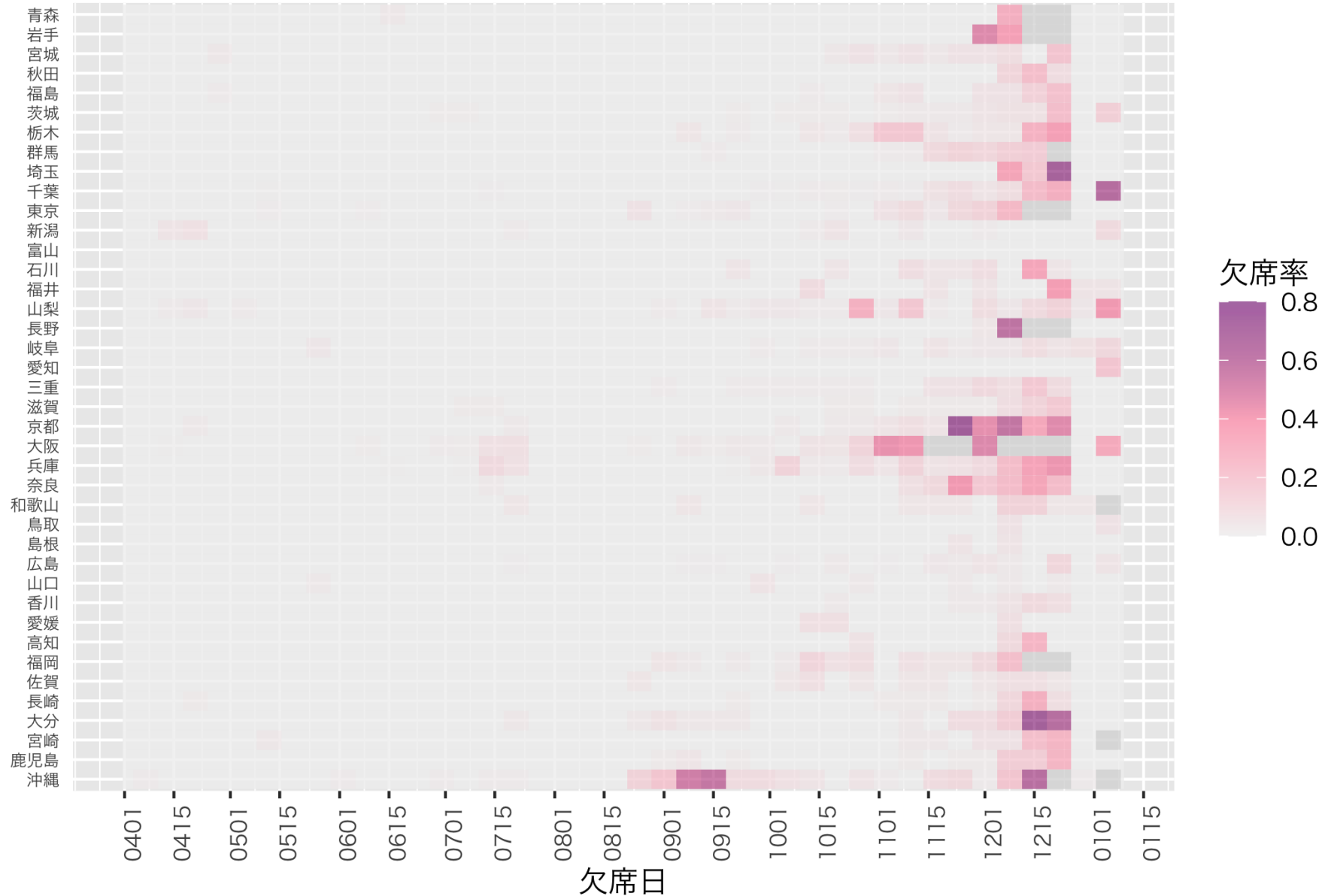
高校生における新型コロナウイルス感染症による欠席率 (登録児 童1万人あたり、都道府県別)



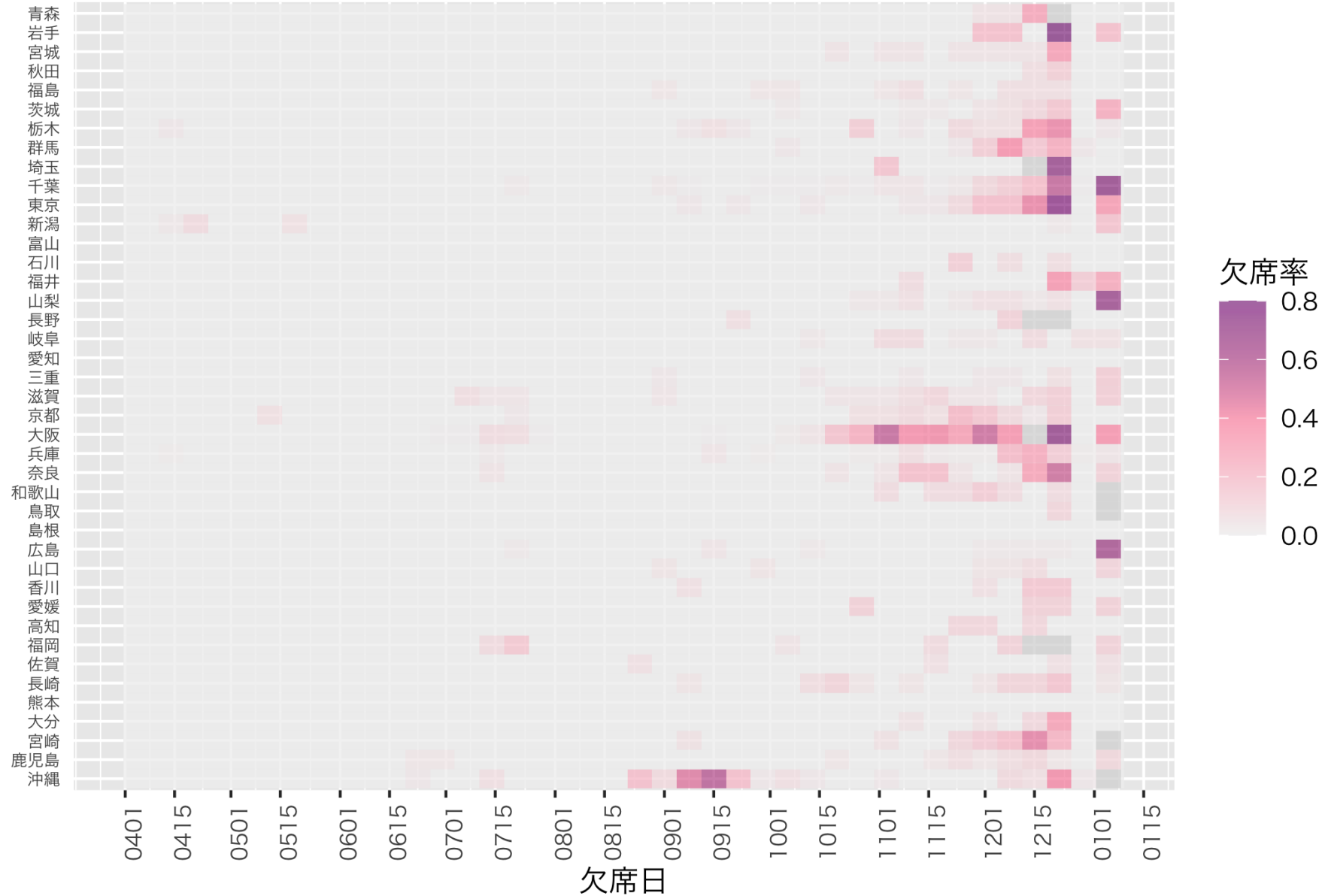
0-5歳児におけるインフルエンザによる欠席率（登録児童1万人 り、都道府県別）



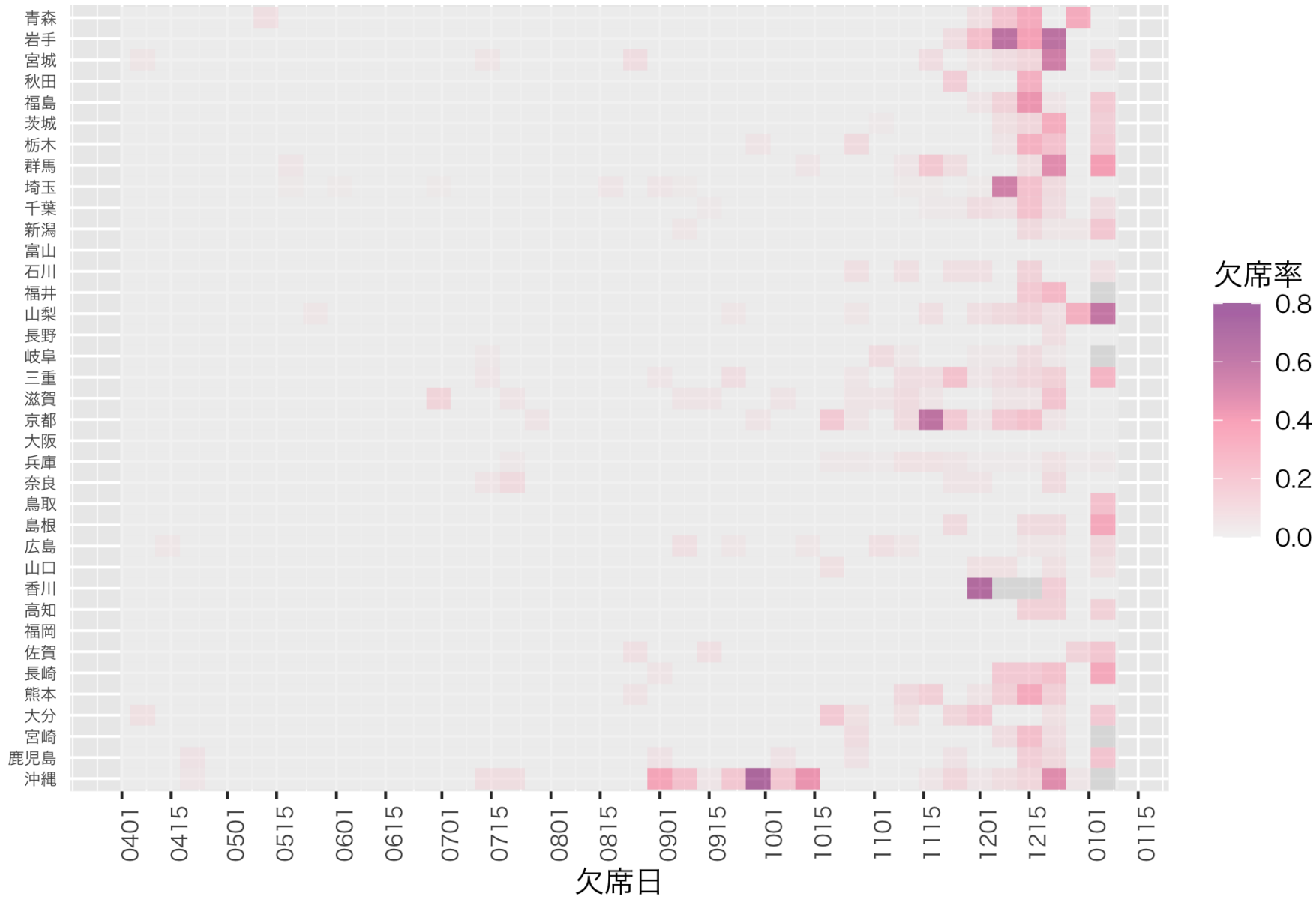
小学生におけるインフルエンザによる欠席率（登録児童1万人 り、都道府県別）



中学生におけるインフルエンザによる欠席率（登録児童1万人 り、都道府県別）



高校生におけるインフルエンザによる欠席率（登録児童1万人あり、都道府県別）



背景

全国の変異株（亜系統）の発生動向を監視するためのゲノムサーベイランスの確立を目指し、今般、民間検査機関から得られた全国800検体を用いた亜系統検出率の推定を感染研で実施している。

対象

- 国内の民間検査機関2社に集められた検体
- 全国で合計800検体/週を目途に検査（A社400検体/週、B社検体400/週）
- 毎日、検査機関側でA社では57（火曜日～土曜日）～115（月曜日）検体、B社では65～70（平日）、～40（土曜日）検体を抽出した後、ゲノム解析検査を実施し、感染研病原体ゲノム解析研究センターのCOG-JPを用いたデータ解析後に、週ごとに感染研病原体ゲノム解析研究センターに報告（同時に感染研病原体ゲノム解析研究センターでもCOG-JPで共有されたデータを解析）

亜系統検出率解析方法

- ゲノム解析データを基に、PANGO lineageを決定（病原体ゲノム解析研究センターで実施）。
- 各亜系統の検出割合を多項ロジスティック回帰モデルにフィットさせ、週ごとの検出割合の推定を行った。

特徴

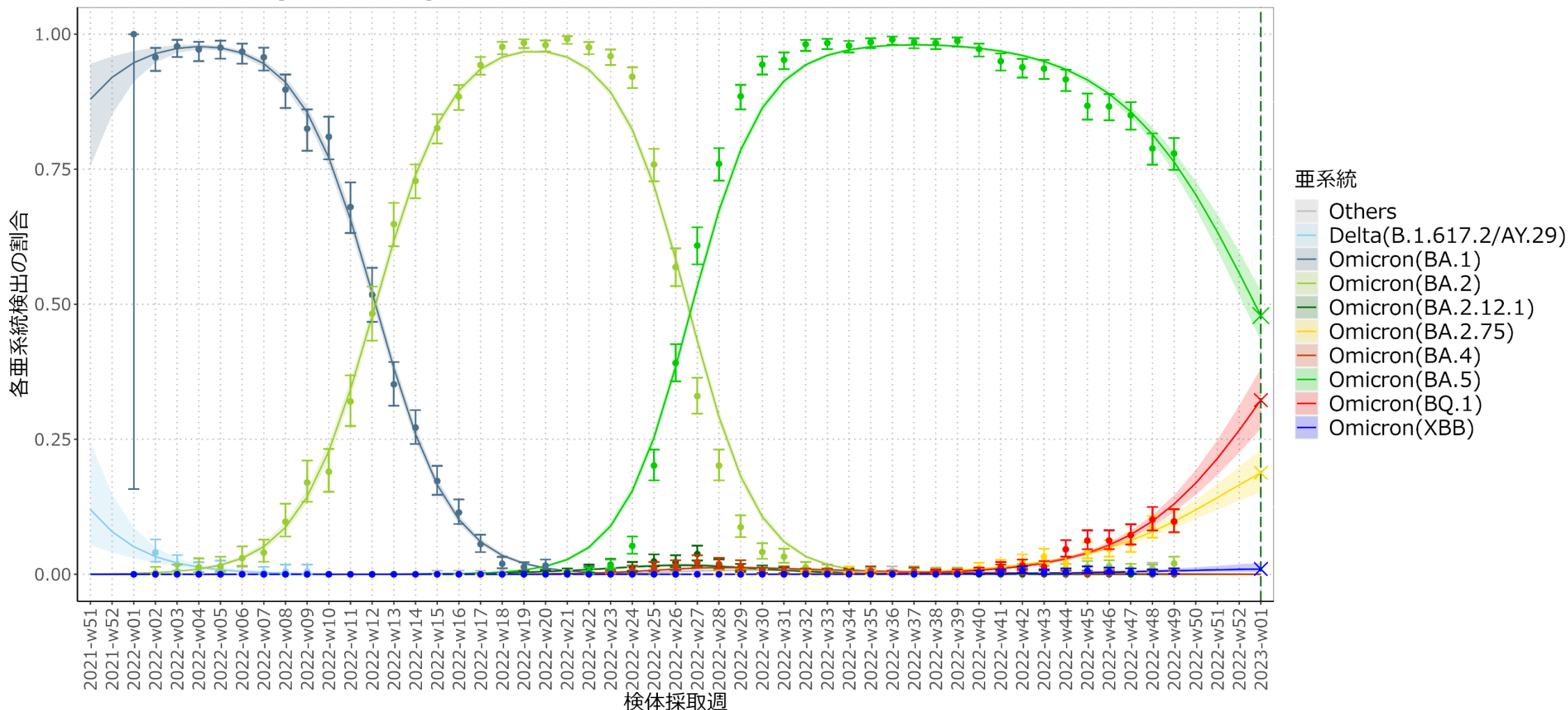
- 都道府県別のランダムな対象の抽出に厳密な基準を設定していないこと、及び各地域の対象数を考慮すると、地域（都道府県別）の偏りについては検査時点では考慮不可（後に判明）であり、地域ごとの代表性の確保はできない（原則、全国の分析のみ考慮）。
- 本サーベイランスの対象は、民間検査機関に集められた検体で、個別に医療機関を受診した症例の検査検体が中心であり、集団発生の影響が比較的少なく、実際の地域の感染状況を反映しやすいと考えられる。

補足

- 検査会社により検体の抽出方法は異なるが、全国一律の検体プールからランダムに抽出するA社に限定した場合でも全国的な傾向は同様であった。
- COG-JPに自治体から登録されたデータを使用した検出の推定と比較したところ、全国的な傾向は同様であった。

亜系統検出割合の推定（12月27日時点）-多項ロジスティック回帰モデル

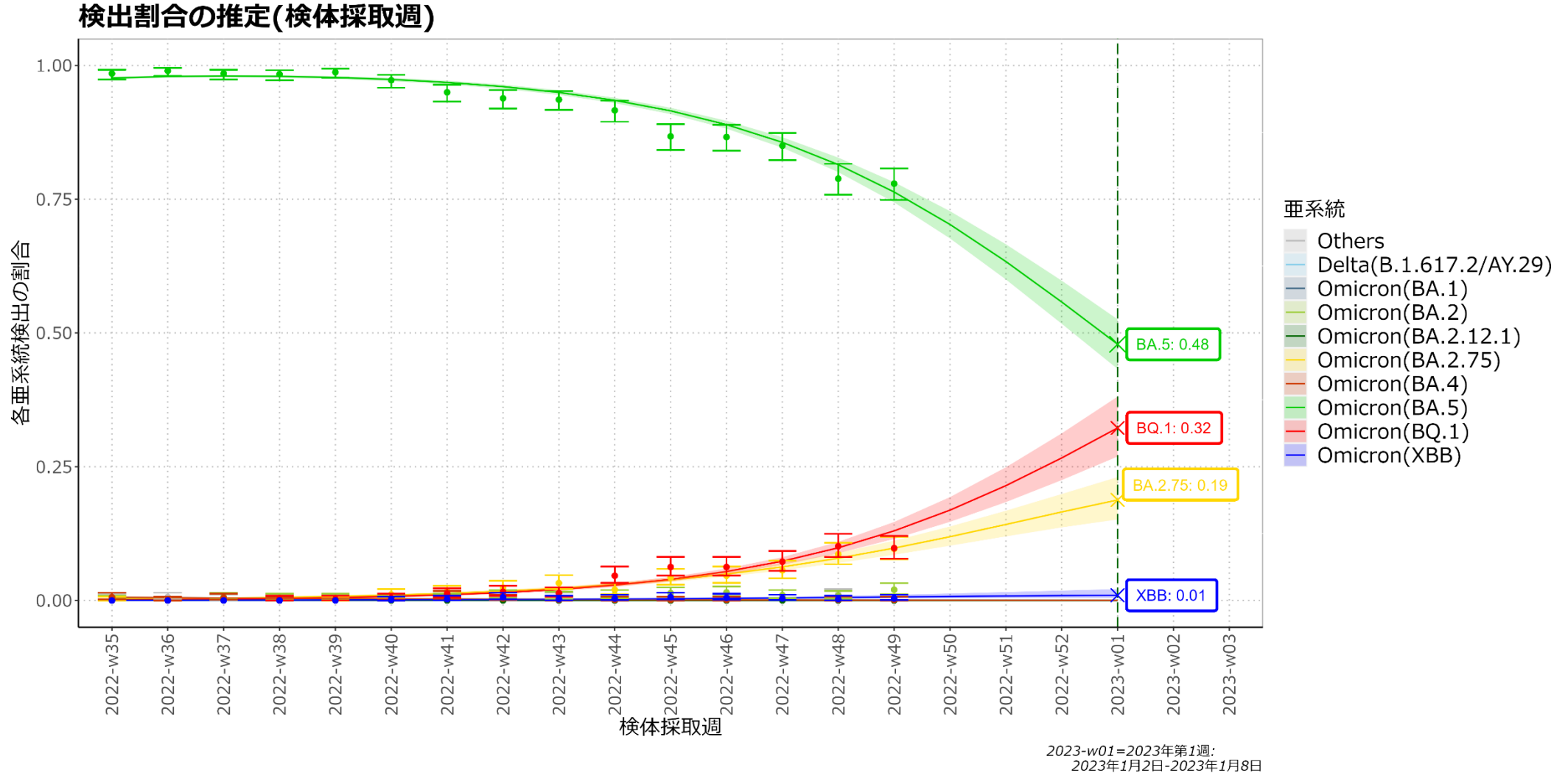
検出割合の推定(検体採取週)



点は検体採取週ごとの亜系統の検出割合、バーは95%信頼区間の上限と下限を表す。亜系統が占める割合の推定を各色ライン、95%信頼区間を淡色帯で示す。

Omicron(BA.1)はBA.1およびその下位系統を含む。Omicron(BA.2)はBA.2.12.1*、BA.2.75*を除くBA.2およびその下位系統を含む。Omicron(BA.4)はBA.4およびその下位系統を含む。Omicron(BA.5)はBQ.1*を除くBA.5およびその下位系統を含む。Omicron(BQ.1)はBQ.1およびその下位系統を含む。Omicron(XBB)はXBBおよびその下位系統を含む。(*下位系統を含む)

【拡大】亜系統検出割合の推定（12月27日時点）-多項ロジスティック回帰モデル



点は検体採取週ごとの亜系統の検出割合、バーは95%信頼区間の上限と下限を表す。亜系統が占める割合の推定を各色ライン、95%信頼区間を淡色帯で示す。

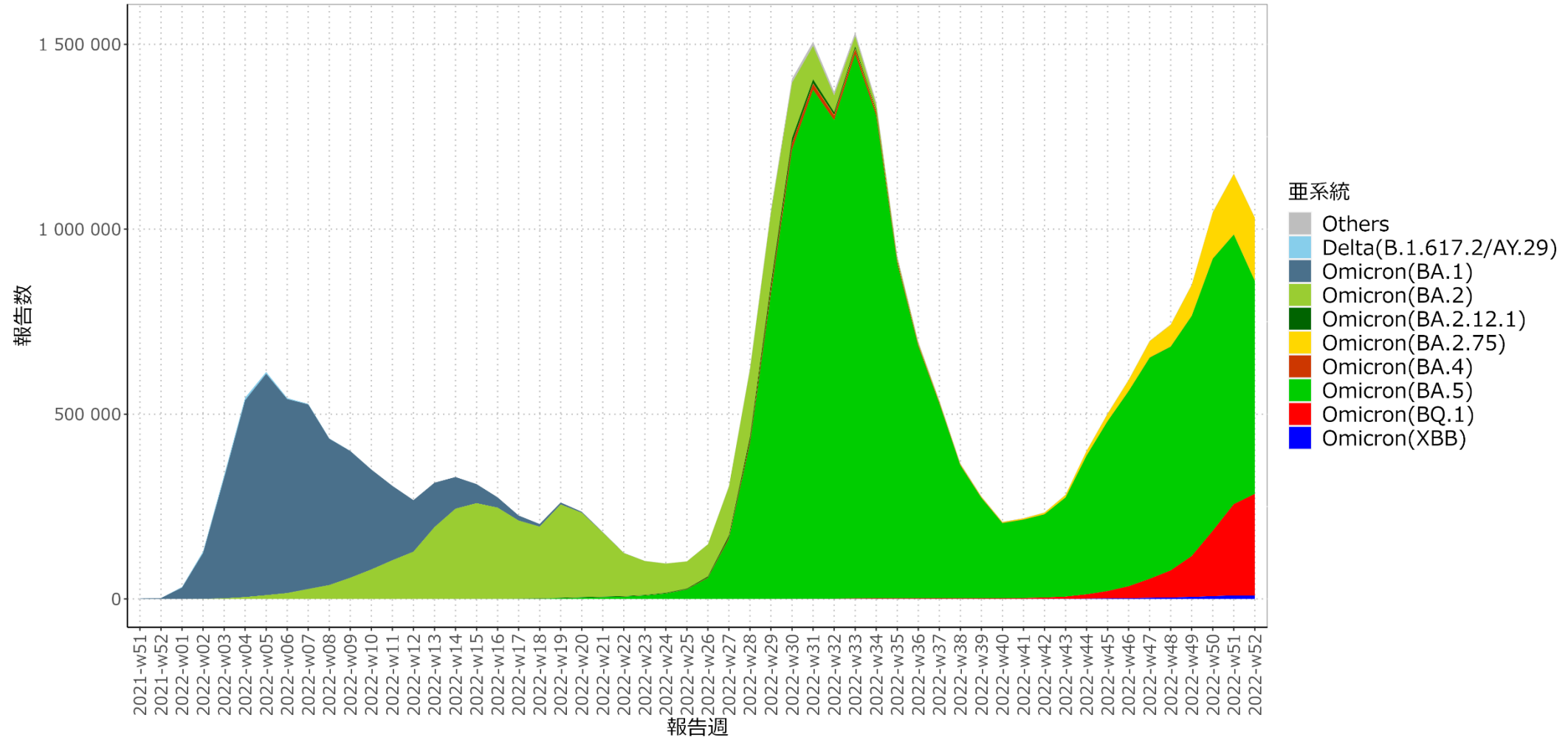
Omicron(BA.1)はBA.1およびその下位系統を含む。Omicron(BA.2)はBA.2.12.1*、BA.2.75*を除くBA.2およびその下位系統を含む。Omicron(BA.4)はBA.4およびその下位系統を含む。Omicron(BA.5)はBQ.1*を除くBA.5およびその下位系統を含む。Omicron(BQ.1)はBQ.1およびその下位系統を含む。

Omicron(XBB)はXBBおよびその下位系統を含む。(*下位系統を含む)

第1週においてはOmicron(BA.5)が48%、Omicron(BQ.1)が32%、Omicron(BA.2.75)が19%、Omicron(XBB)が1%を占めると推定される。

亜系統別患者報告数推定（報告数は1月1日時点データを使用）

週別報告数（全国）



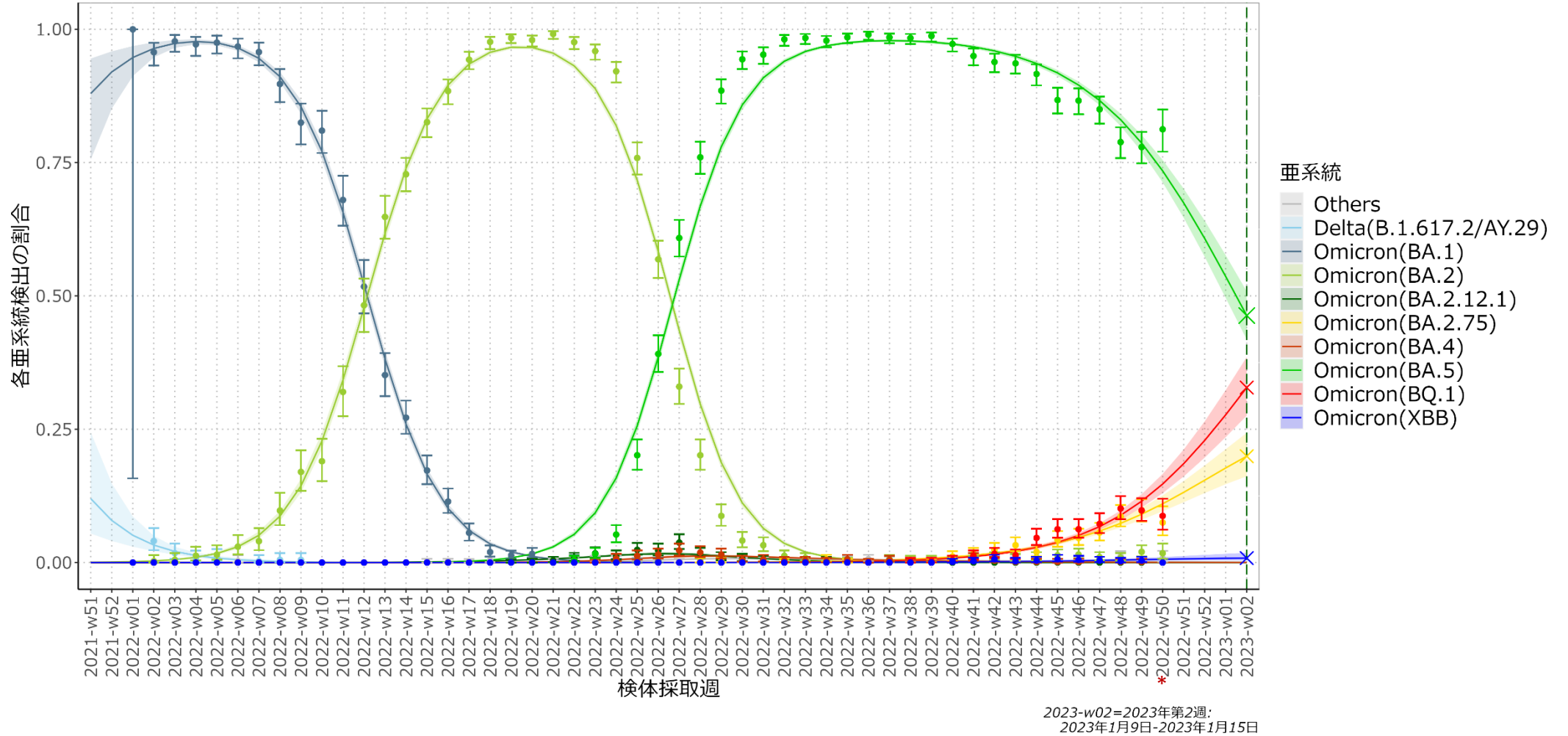
民間検査機関の検体に基づくゲノムサーベイランスにより検出された各亜系統について、多項ロジスティック回帰モデルにフィットし、推定した各亜系統の割合を厚生労働省発表のCOVID-19新規陽性者数（<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>）に乗じることでそれぞれの週ごとの患者数を推定した。

Omicron(BA.1)はBA.1およびその下位系統を含む。Omicron(BA.2)はBA.2.12.1*、BA.2.75*を除くBA.2およびその下位系統を含む。Omicron(BA.4)はBA.4およびその下位系統を含む。Omicron(BA.5)はBQ.1*を除くBA.5およびその下位系統を含む。Omicron(BQ.1)はBQ.1およびその下位系統を含む。Omicron(XBB)はXBBおよびその下位系統を含む。（*下位系統を含む）

*暫定:亜系統検出割合の推定 (1月4日時点) -多項ロジスティック回帰モデル

*第50週分データは年末年始のデータ提供の影響により、1社分(400検体)のみであり、現時点では暫定的な推定であることに注意

検出割合の推定(検体採取週)



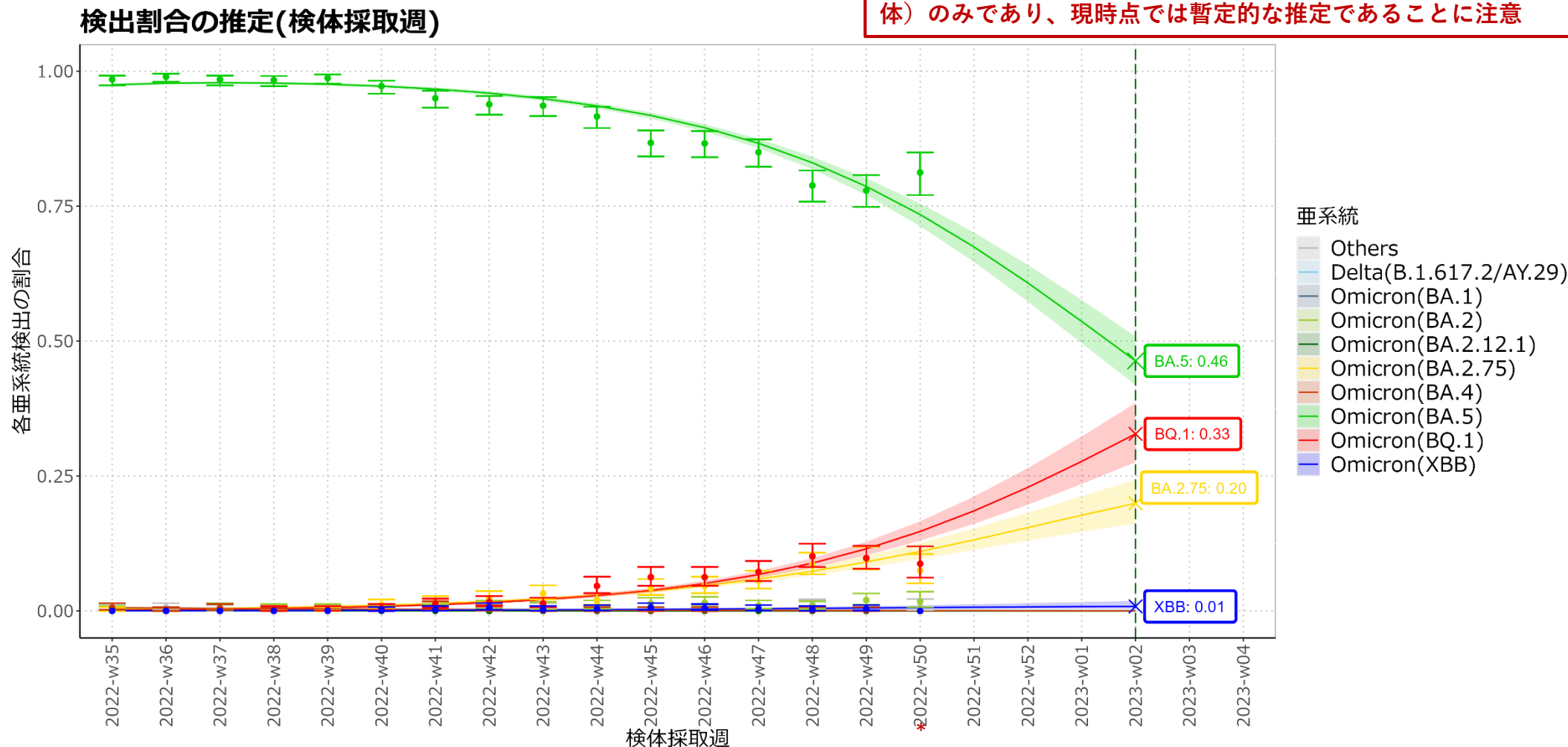
点は検体採取週ごとの亜系統の検出割合、バーは95%信頼区間の上限と下限を表す。亜系統が占める割合の推定を各色ライン、95%信頼区間を淡色帯で示す。

Omicron(BA.1)はBA.1およびその下位系統を含む。Omicron(BA.2)はBA.2.12.1*、BA.2.75*を除くBA.2およびその下位系統を含む。Omicron(BA.4)はBA.4およびその下位系統を含む。Omicron(BA.5)はBQ.1*を除くBA.5およびその下位系統を含む。Omicron(BQ.1)はBQ.1およびその下位系統を含む。

Omicron(XBB)はXBBおよびその下位系統を含む。(*下位系統を含む)

*暫定:【拡大】亜系統検出割合の推定 (1月4日時点) -多項ロジスティック回帰モデル

*第50週分データは年末年始のデータ提供の影響により、1社分(400検体)のみであり、現時点では暫定的な推定であることに注意



2023-w02=2023年第2週:
2023年1月9日-2023年1月15日

点は検体採取週ごとの亜系統の検出割合、バーは95%信頼区間の上限と下限を表す。亜系統が占める割合の推定を各色ライン、95%信頼区間を淡色帯で示す。

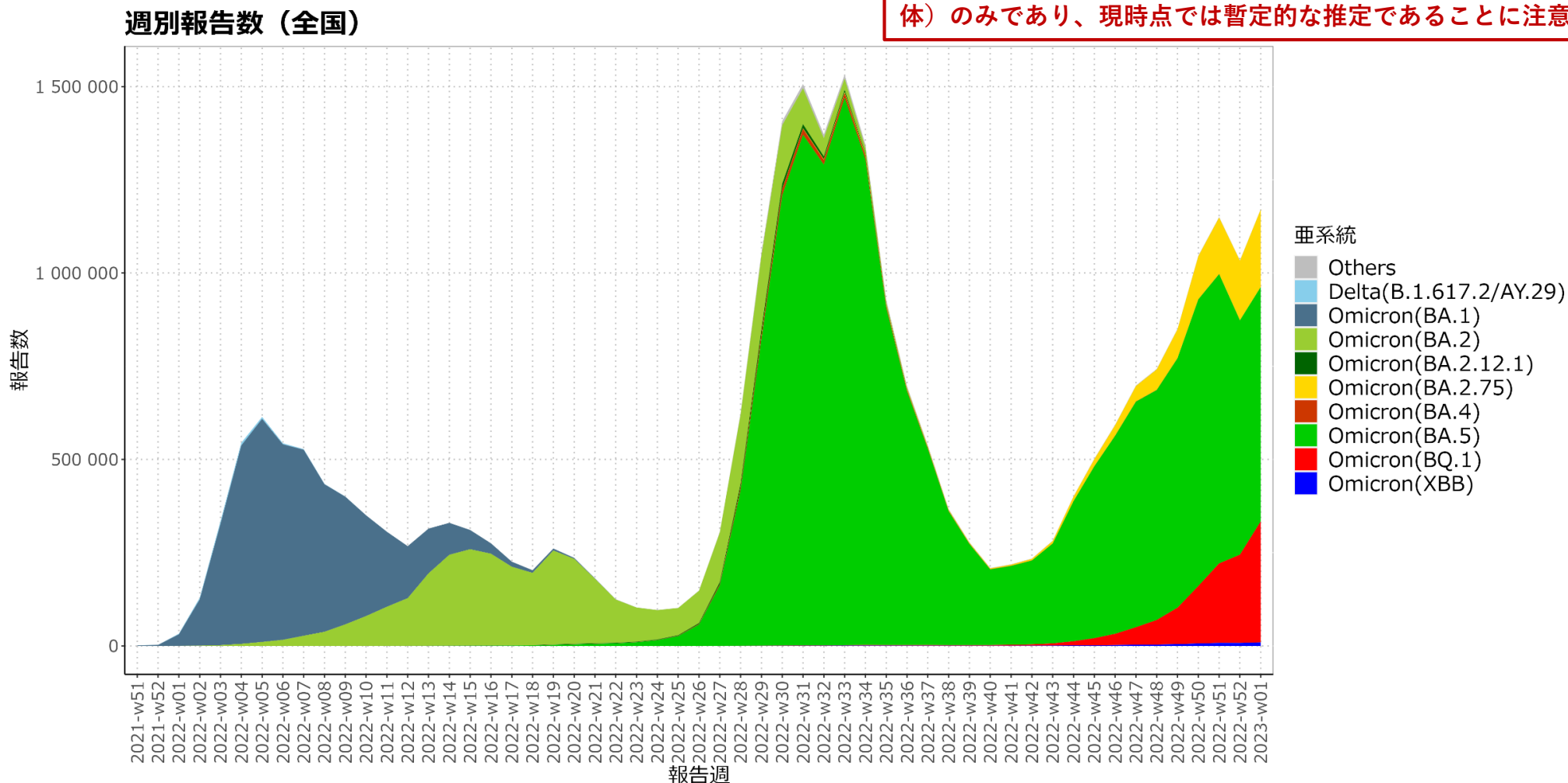
Omicron(BA.1)はBA.1およびその下位系統を含む。Omicron(BA.2)はBA.2.12.1*、BA.2.75*を除くBA.2およびその下位系統を含む。Omicron(BA.4)はBA.4およびその下位系統を含む。Omicron(BA.5)はBQ.1*を除くBA.5およびその下位系統を含む。Omicron(BQ.1)はBQ.1およびその下位系統を含む。

Omicron(XBB)はXBBおよびその下位系統を含む。(*下位系統を含む)

第2週においてはOmicron(BA.5)が46%、Omicron(BQ.1)が33%、Omicron(BA.2.75)が20%、Omicron(XBB)が1%を占めると推定される。

*暫定：亜系統別患者報告数推定（報告数は1月8日時点データを使用）

*第50週分データは年末年始のデータ提供の影響により、1社分（400検体）のみであり、現時点では暫定的な推定であることに注意



民間検査機関の検体に基づくゲノムサーベイランスにより検出された各亜系統について、多項ロジスティック回帰モデルにフィットし、推定した各亜系統の割合を厚生労働省発表のCOVID-19新規陽性者数（<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>）に乗じることでそれぞれの週ごとの患者数を推定した。

Omicron(BA.1)はBA.1およびその下位系統を含む。Omicron(BA.2)はBA.2.12.1*、BA.2.75*を除くBA.2およびその下位系統を含む。Omicron(BA.4)はBA.4およびその下位系統を含む。Omicron(BA.5)はBQ.1*を除くBA.5およびその下位系統を含む。Omicron(BQ.1)はBQ.1およびその下位系統を含む。Omicron(XBB)はXBBおよびその下位系統を含む。（*下位系統を含む）

直近（2022年第52週：2022/12/26-2023/1/1）のインフルエンザ動向

サーベイランス指標（情報源）	レベル*	トレンド*	コメント†
定点当たりのインフルエンザ受診患者報告数（NESID、約5000定点）	低 (2.05)	増加	43週0.03、44週0.06、45週0.08、46週0.11、47週0.11、48週0.13、49週0.25、50週0.53、51週1.24、 52週2.05（昨年同週0.01）
全国の医療機関を1週間に受診した推計患者数（NESID*、推計）	低	増加	約7.0万人 （95%信頼区間：6.0～8.1万人） （前週約4.4万人、36週以降の累積約16.8万人）
急性脳炎サーベイランスにおけるインフルエンザ脳症報告数（NESID、全数）	低	横ばい	8週にB型1例報告以降、 50週まで報告なし
基幹定点からのインフルエンザ入院患者報告数（NESID、約500定点）	低	増加	43週2例、44週6例、45週2例、46週2例、47週2例、48週5例、49週12例、50週13例、51週36例、 52週61例（昨年同週3例）
病原体サーベイランスにおけるインフルエンザウイルス分離・検出報告数（NESID、約500の病原体定点）	低	微減	1月10日現在 、25週以降A(H3)複数、A(H1)5例、B1例（データは毎日自動更新）
インフルエンザ様疾患発生報告数（全国の保育所・幼稚園、小学校、中学校、高等学校におけるインフルエンザ様症状の患者による学校欠席者数）	低 （休校0、学年閉鎖3、学級閉鎖1）	減少 （冬期休暇で解釈注意）	集計開始した36週以降、休校 2 、学年閉鎖は 31 、学級閉鎖 144
国立病院機構におけるインフルエンザ全国感染動向（全国140の国立病院機構各病院による隔週インフルエンザ迅速抗原検査件数、陽性数）（検査は、診察医師の判断による）	低 （12/1-15:検査数4029、陽性数A27例/B1例、陽性率0.7%）	増加 （更新なし）	10/1-15：検査数1066、陽性数0(0.0%) 10/16-31:検査数1485、陽性数4(A3/B1例, 0.3%) 11/1-15：検査数1949、陽性数6(A6例, 0.3%) 11/16-30：検査数2933、陽性数7(A7例, 0.2%)
MLインフルエンザ流行前線情報データベース（主に小児科の有志医師による自主的なインフルエンザ患者報告数〔迅速診断検査〕）	低 （1/1-1/7: 263例 （A 259 /B 3 /不明 1例 ））	増加	1月10日現在 、8月以降、A型、B型ともに複数報告（データは毎日自動更新）

NESID：感染症発生動向調査

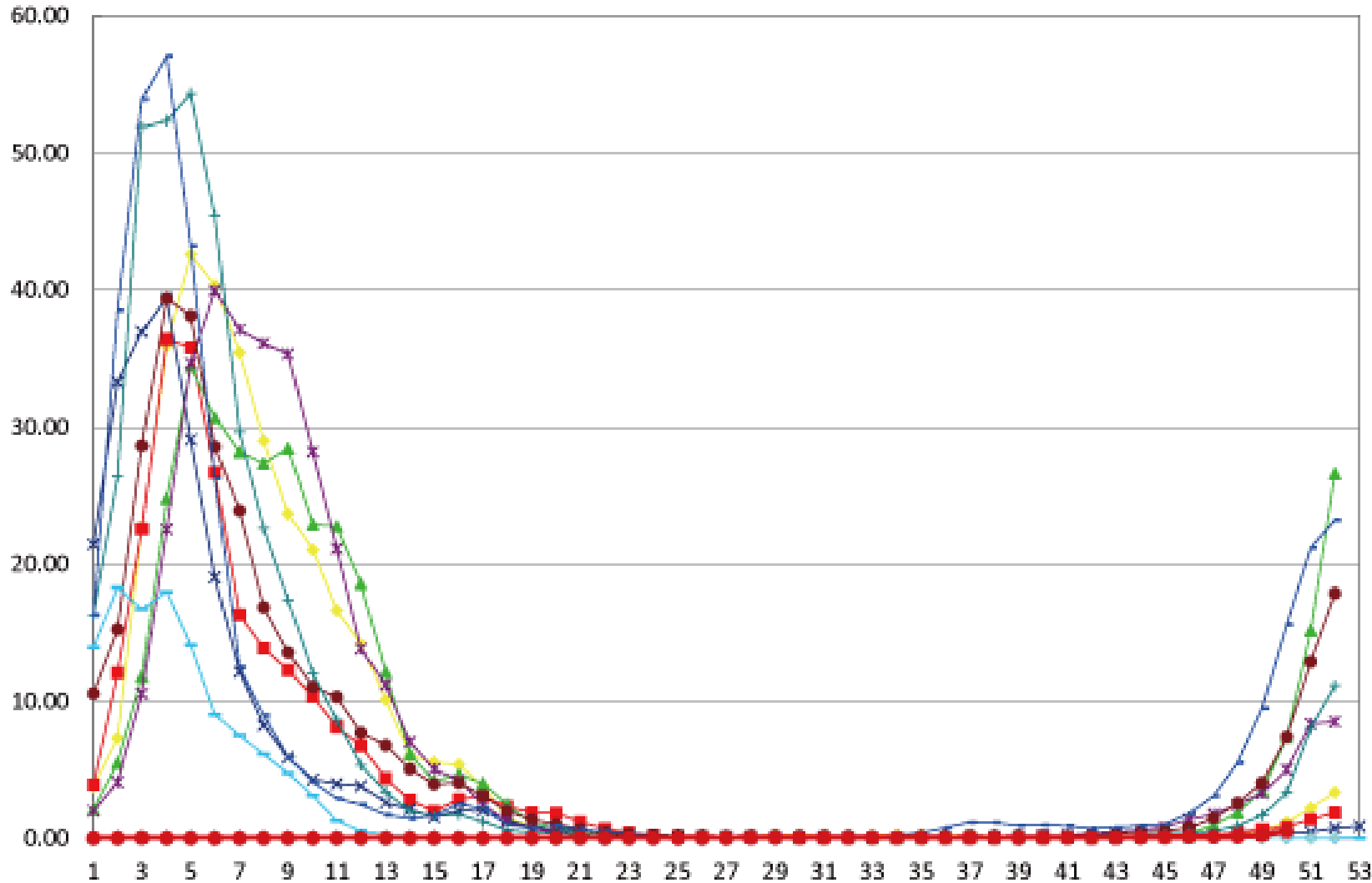
*「トレンド（傾向）＝「増加しているのか、減少しているのか、横ばいなのか」、レベル（水準）＝「多いのか、少ないのか」†前週までの値についても一部更新されている

年末年始であり解釈に注意を要する

サーベイランス指標（情報源）	URL
定点当たりのインフルエンザ受診患者報告数 （ NESID 、約5000定点）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
全国の医療機関を1週間に受診した推計患者数 （ NESID 、推計）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
基幹定点からのインフルエンザ入院患者報告数 （ NESID 、約500定点）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
急性脳炎サーベイランスにおけるインフルエンザ脳症報告数（ NESID 、全数）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
病原体定点からのインフルエンザウイルス分離・検出報告数（ NESID 、約500の病原体定点）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-inf.html
インフルエンザ様疾患発生報告数（全国の保育所・幼稚園、小学校、中学校、高等学校におけるインフルエンザ様症状の患者による学校欠席者数）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-flulike.html https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekaku-kansenshou01/houdou_00009.html
国立病院機構におけるインフルエンザ全国感染動向（全国140の国立病院機構各病院による隔週インフルエンザ迅速抗原検査件数、陽性数）*	https://nho.hosp.go.jp/cnt1-1_0000202204.html
MLインフルエンザ流行前線情報データベース（主に小児科の有志医師による自主的なインフルエンザ患者報告数〔迅速診断検査〕）	https://ml-flu.children.jp/

*参照：定点サーベイランスにおける重層的な指標の有用性検討：季節性インフルエンザにおける**NESID**での定点当たり報告数と国立病院機構での検査数・陽性数・陽性率を含めたトレンド（傾向）とレベル（水準）
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-m/flu-iasrs/11585-513p01.html>

インフルエンザ：定点あたり報告数（1/6更新；50週まで）



全国的にレベルとしては低いですが、直近1ヶ月は複数の指標で急な増加傾向がみられ、全国レベルおよび多くの都道府県で定点あたり報告数が1を超えている。

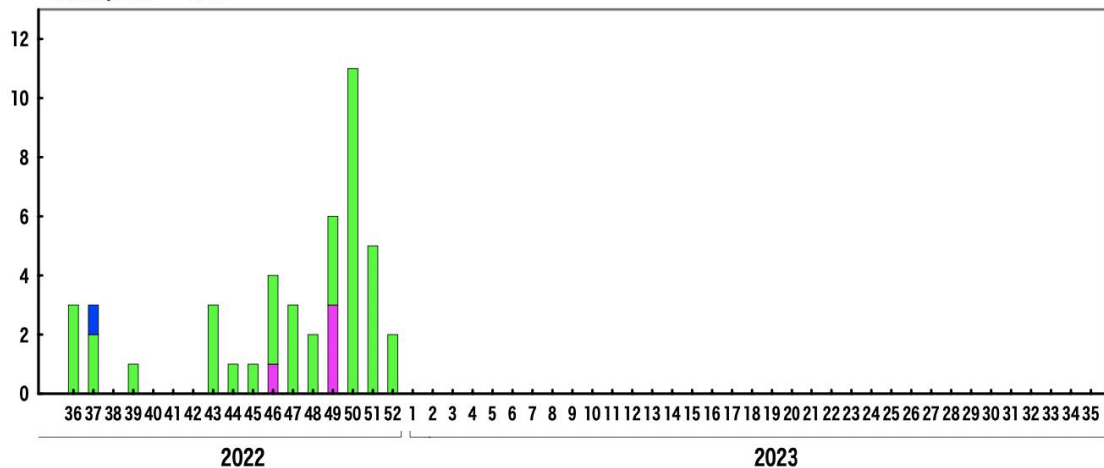
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-m/813-idsc/map/130-flu-10year.html>

インフルエンザ分離・検出報告数

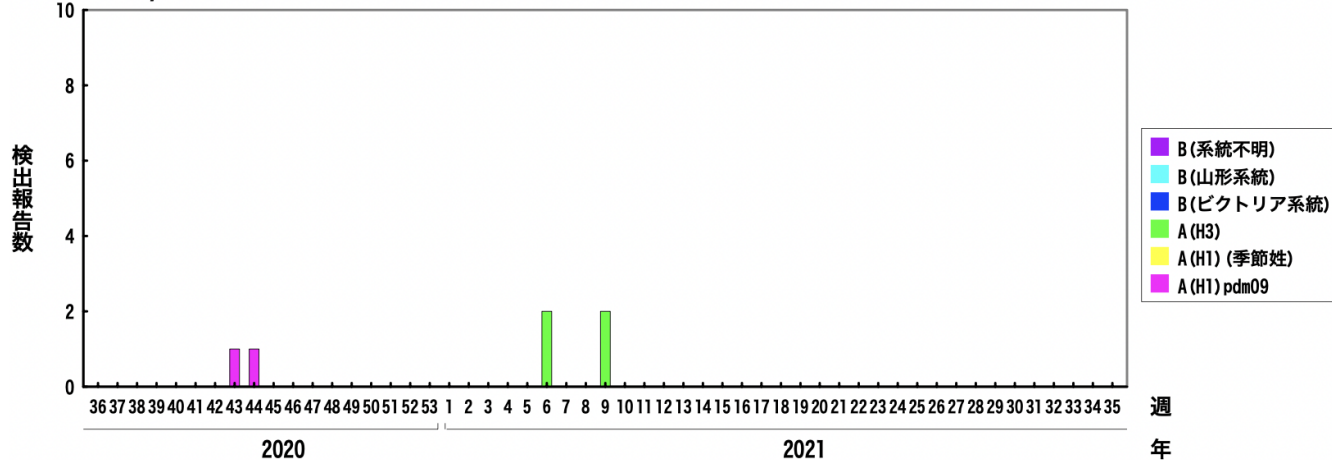
2023年1月10日作成

各都道府県市の地方衛生研究所等からの分離/検出報告を図に示した

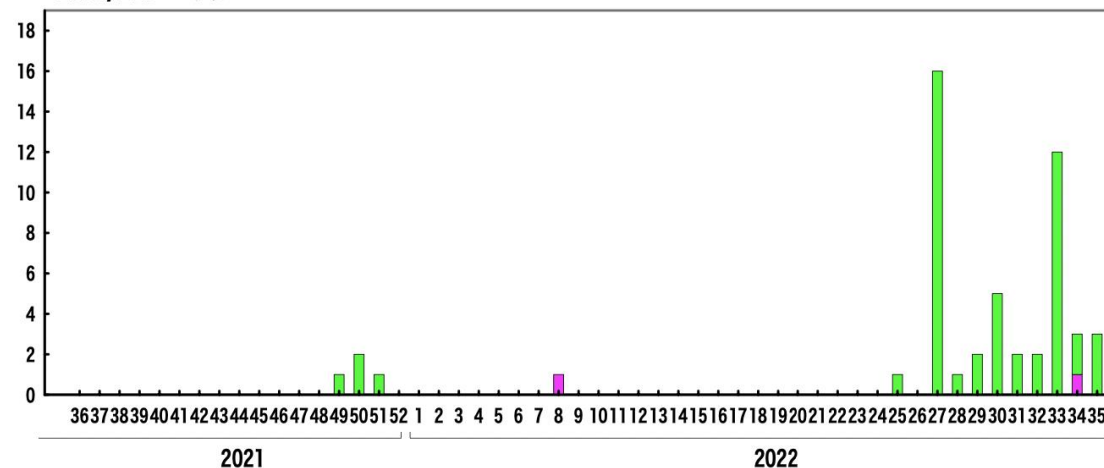
2022/23シーズン



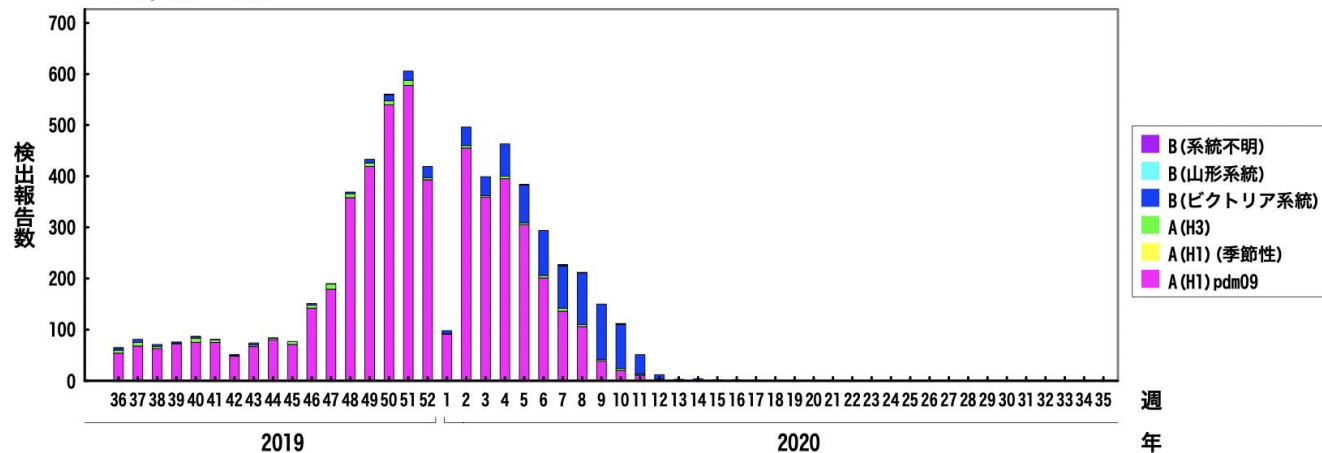
2020/21シーズン



2021/22シーズン



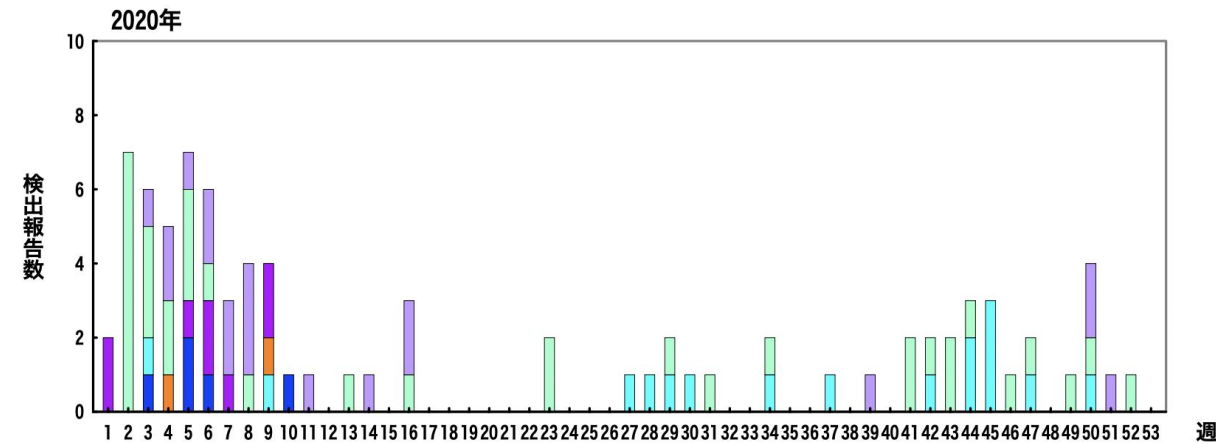
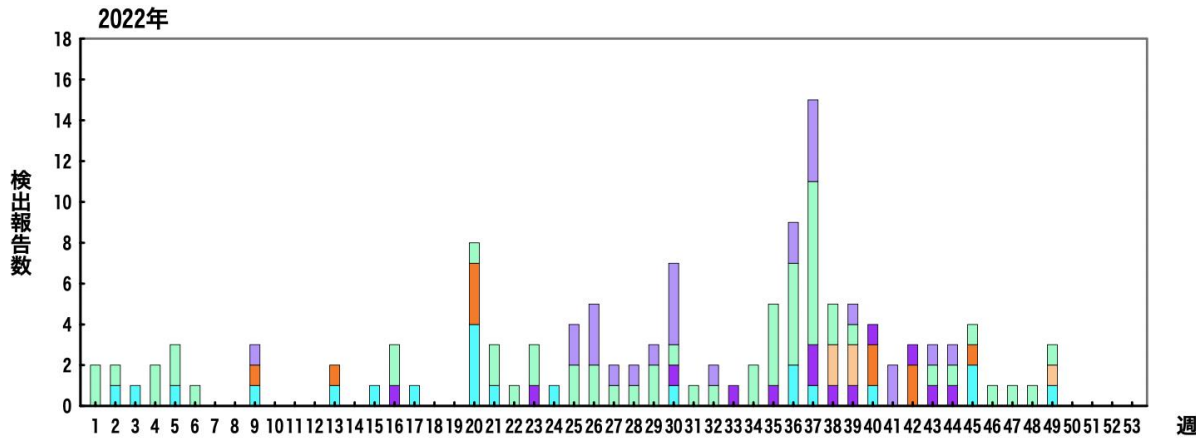
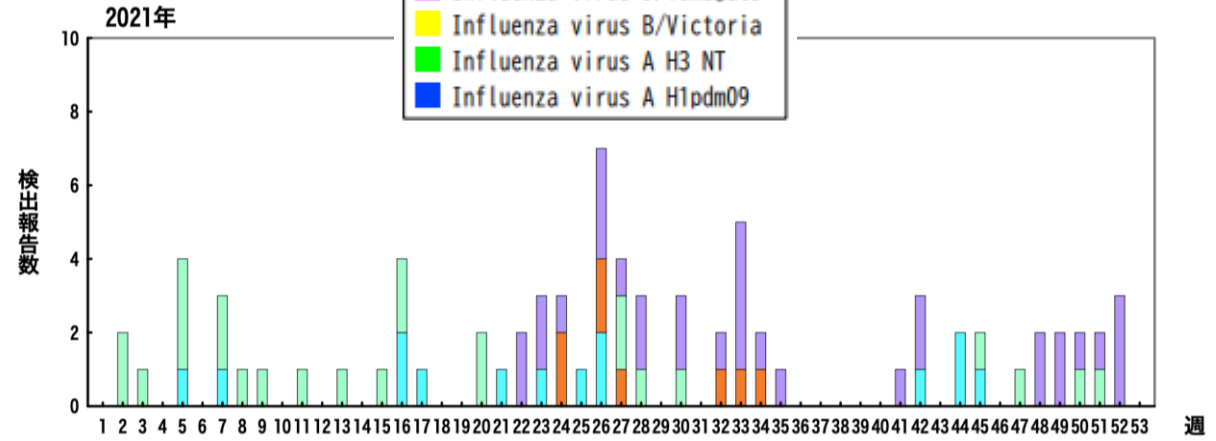
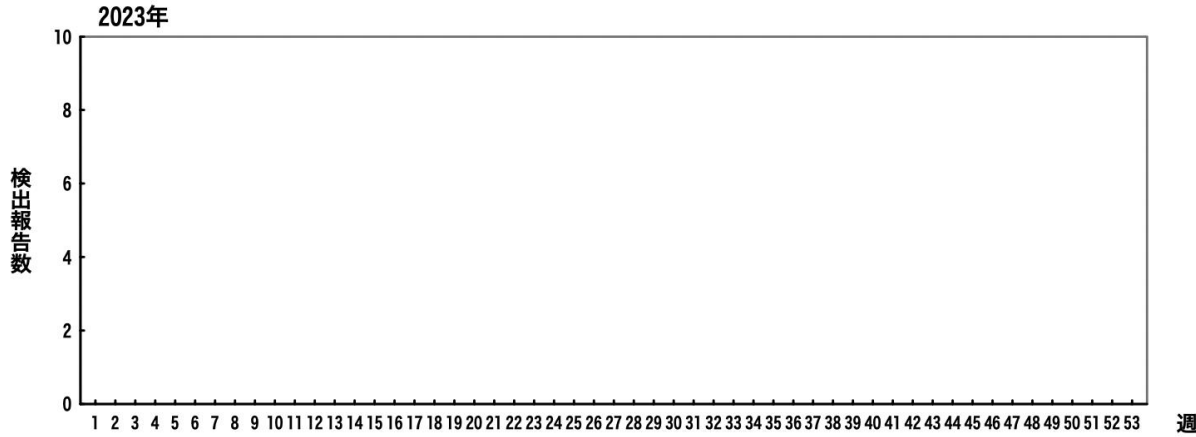
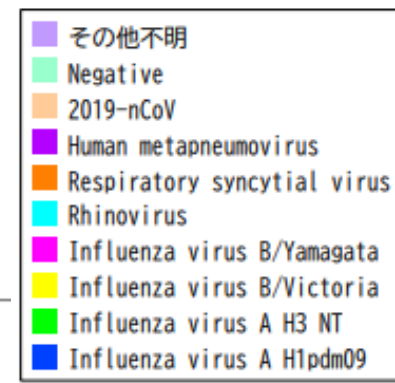
2019/20シーズン



<https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-inf.html>

インフルエンザ様疾患由来ウイルス 2023年1月10日作成

*各都道府県市の地方衛生研究所等からの分離/検出報告を図に示した



*急性呼吸器感染症/ILIにおいては、インフルエンザ以外のウイルスでは、例年ライノウイルスが多いことが国内外のサーベイランス・研究から報告されている (<https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-inf.html>; IASR 2011 Vol. 32 p. 202-203; https://surv.esr.cri.nz/virology/influenza_surveillance_summary.php; DOI: [10.1186/1743-422X-10-305](https://doi.org/10.1186/1743-422X-10-305) ; DOI: [10.1093/infdis/jit806](https://doi.org/10.1093/infdis/jit806))

インフルエンザ流行レベルマップ

インフルエンザ流行レベルマップ

お知らせ 次回の更新は1/13（金）の予定です。

2022年 第52週（12月26日～1月1日） 2023年1月5日現在

コメント▶ 2022年第52週の定点当たり報告数は2.05（患者報告数9,768）となり、前週の定点当たり報告数1.24（患者報告数6,103）よりも増加した。都道府県別では沖縄県（9.89）、富山県（5.96）、福岡県（4.19）、大阪府（3.73）、神奈川県（3.70）、宮崎県（3.29）、東京都（2.94）、北海道（2.76）、千葉県（2.57）、山梨県（2.27）の順となっている。43都道府県で前週の定点当たり報告数よりも増加がみられた。4都道府県で前週の定点当たり報告数よりも減少がみられた。

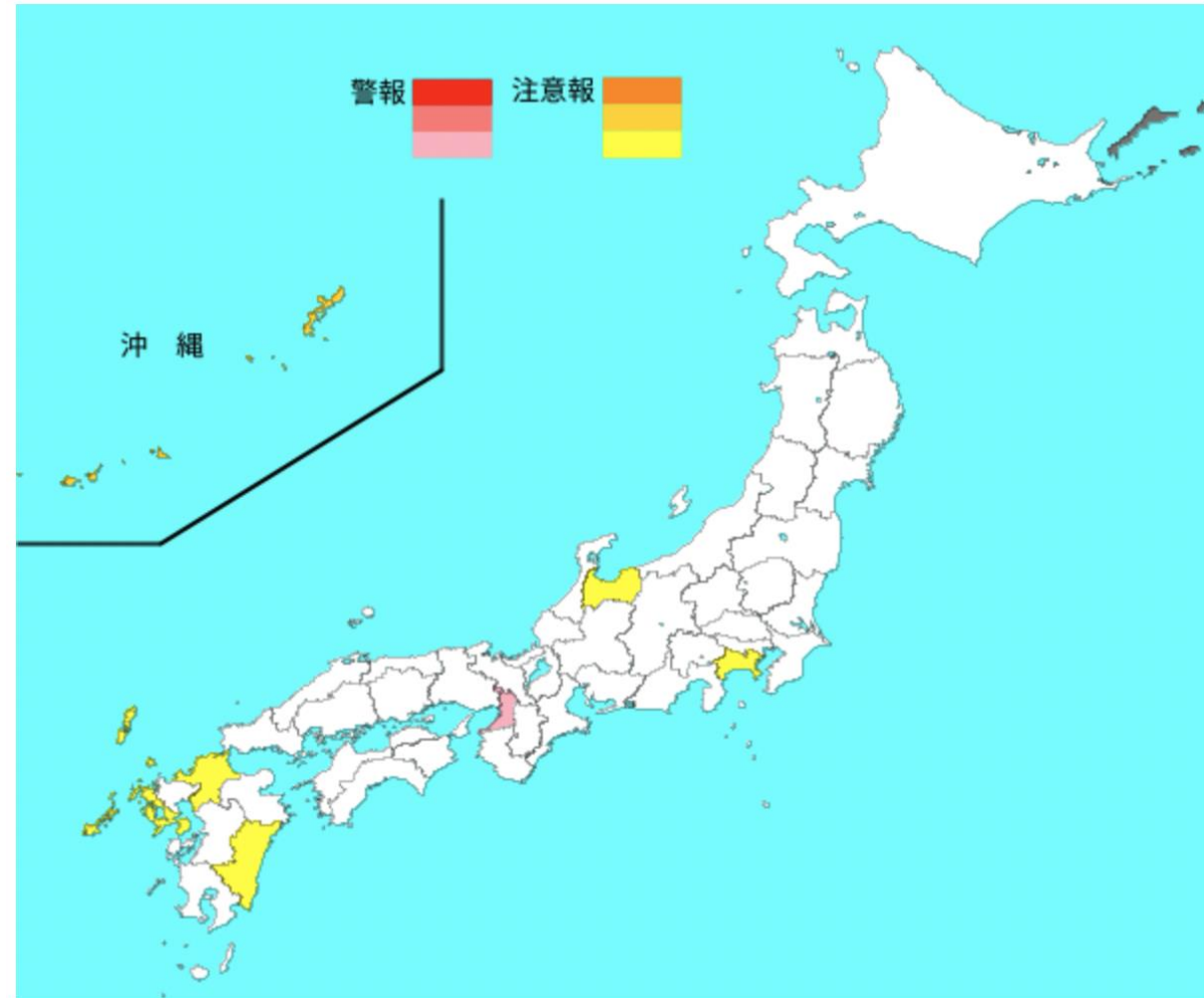
定点医療機関からの報告をもとに、定点以外を含む全国の医療機関をこの1週間に受診した患者数を推計すると約7.0万人（95%信頼区間：6.0～8.1万人）となり、前週の推計値（約4.4万人）よりも増加した。年齢別では、0～4歳が約0.7万人、5～9歳が約1.1万人、10～14歳が約0.8万人、15～19歳が約1.1万人、20代が約1.6万人、30代が約0.7万人、40代が約0.5万人、50代が約0.3万人、60代が約0.2万人、70歳以上が約0.1万人となっている。また、2022年第36週以降これまでの累積の推計受診者数は約16.8万人となった。

全国の保健所地域で、警報レベルを超えている保健所地域は1か所で、注意報レベルを超えている保健所地域は9か所であった。

基幹定点からのインフルエンザ患者の入院報告数は61例であり、前週（35例）から増加した。19都道府県から報告があり、年齢別では1歳未満（7例）、1～4歳（11例）、5～9歳（9例）、10代（4例）、20代（7例）、30代（1例）、40代（2例）、50代（2例）、60代（3例）、70代（3例）、80歳以上（12例）であった。

国内のインフルエンザウイルスの検出状況をみると、直近の5週間（2022年第48週～2022年第52週）では、AH3亜型が19件あった。

詳細は国立感染症研究所ホームページ（<https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-map.html>）を参照されたい。



世界のインフルエンザ動向：WHO HQ (2022年48-49週)

Percentage of respiratory specimens that tested positive for influenza, by influenza transmission zone¹. Map generated on 22 December 2022.

年末年始であり解釈に注意を要する

Globally, influenza activity remained elevated due to activity in the northern hemisphere. Where subtyped, influenza A(H3N2) viruses predominated.

Flunet (Nov 28 to Dec 11, 2022 (as at Dec 22, 2022))

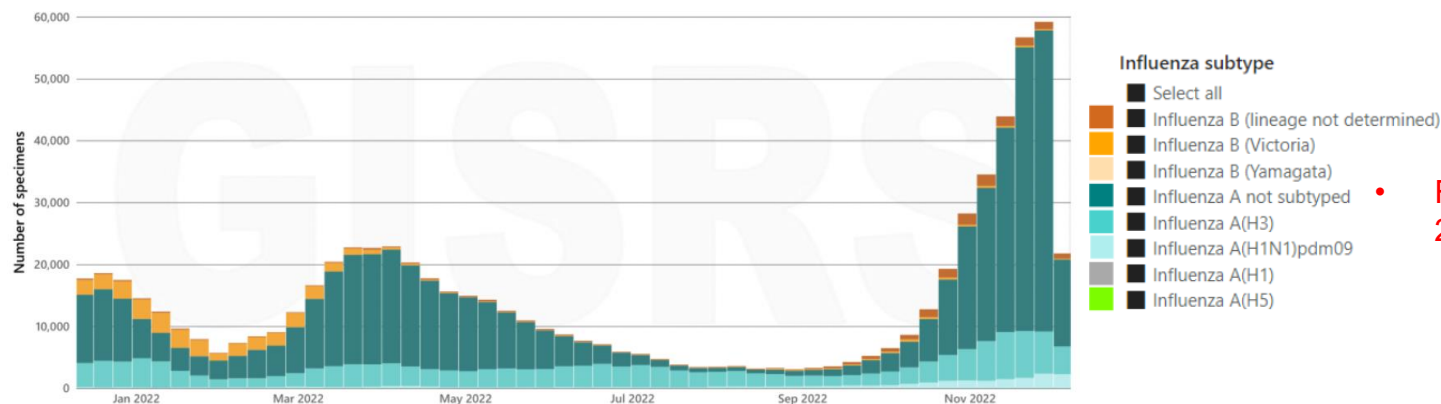
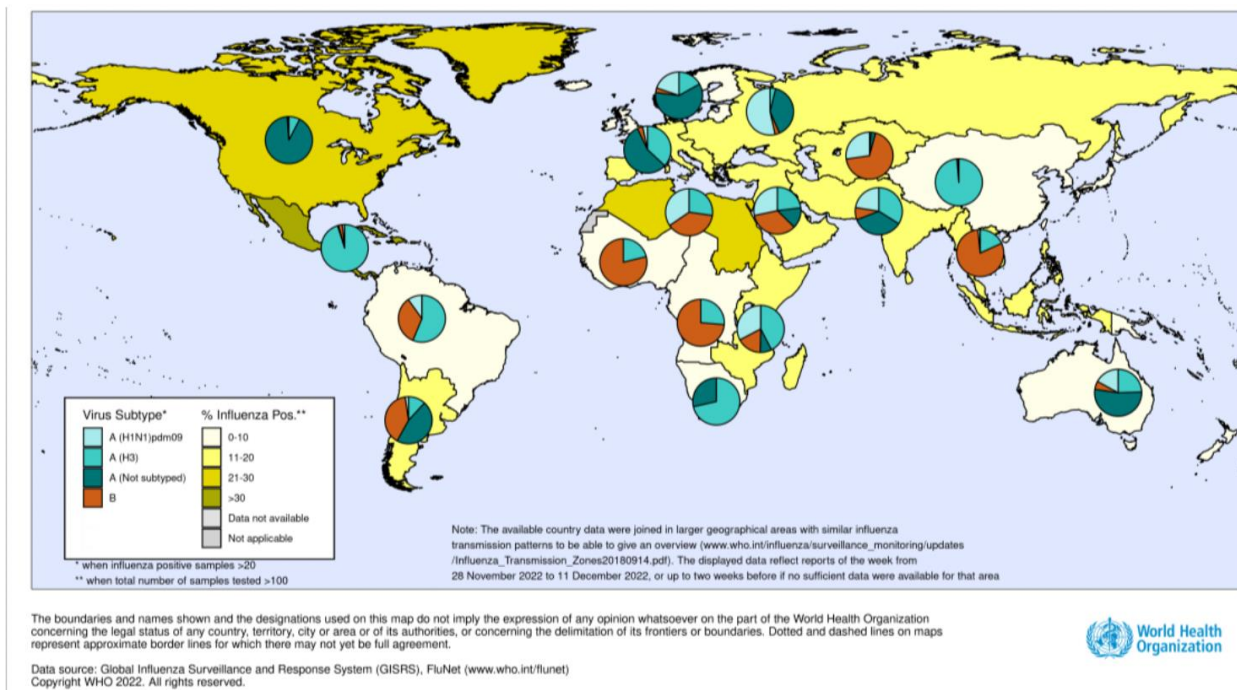
- 447,351 specimens
- 81,619 were positive for influenza viruses (18.2%)

- Influenza A 79,209 (97%)
- Influenza B 2410 (3%)

- A(H1N1)pdm09 4,722 (28.6%)
- A(H3N2) 11,791 (71.4%)
- B-Yamagata 0 (0.0%)
- B-Victoria 370 (100.0%)

Flunet (Nov 14 to 27, 2022 (as at Dec 9, 2022))

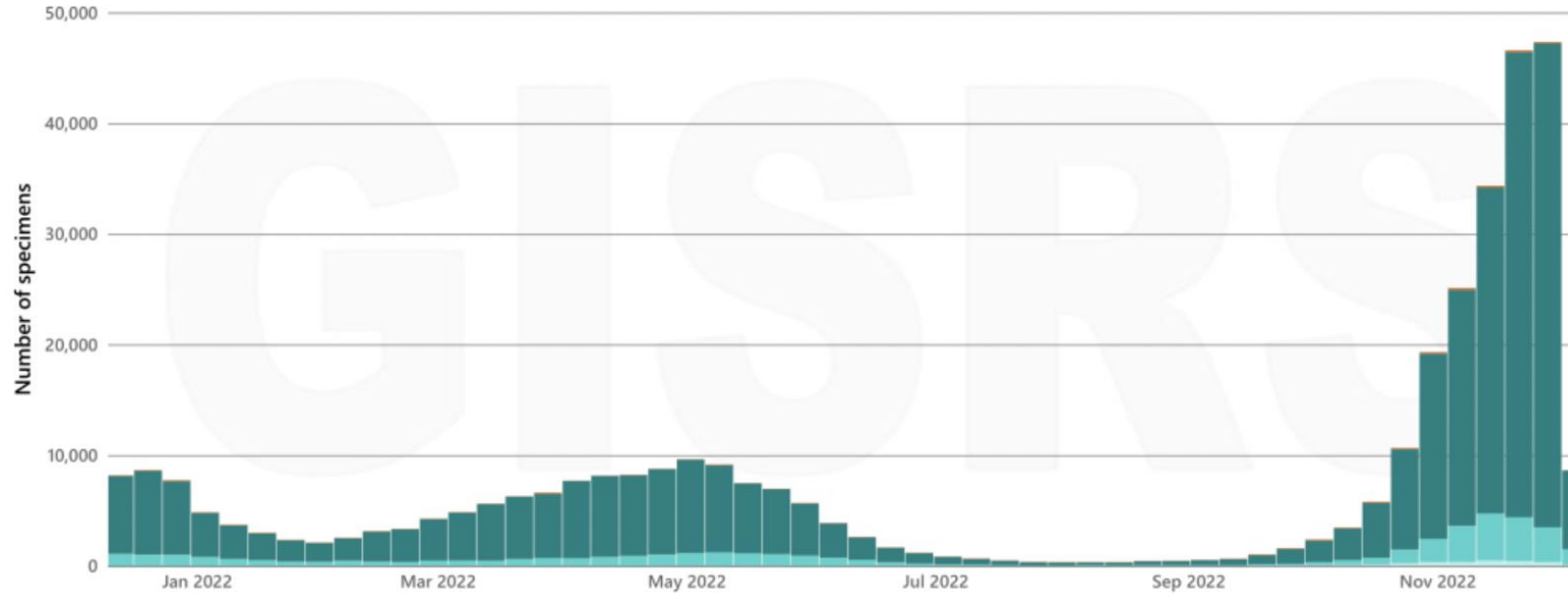
- 560,422 specimens
- 93,082 were positive for influenza viruses (16.6%)
- Influenza A 91,170 (97.9%)
- Influenza B 1,912 (2.1%)
- A(H1N1)pdm09 2,203 (14.4%)
- A(H3N2) 13,091 (85.6%)
- B-Yamagata 0 (0.0%)
- B-Victoria 400 (100.0%)



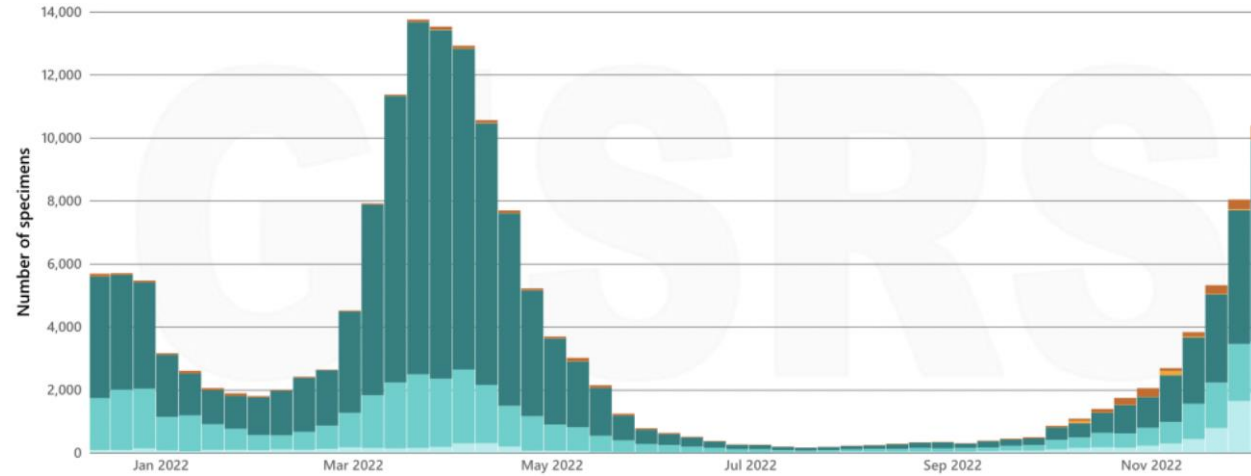
北半球/温暖地域 (北米)



直近の過小評価に注意



- In the countries of North America, influenza activity was still high with some indicators of influenza activity decreasing while others were stable or continued to increase. In Canada, influenza-like activity (ILI) activity continued to increase well above the pre-pandemic seasonal average for this time of year. Influenza percent positivity decreased and remained at the pre-pandemic seasonal average for this time of year. Cumulative influenza-associated hospitalizations were highest in children under five years of age and adults 65 years and older. Pediatric influenza-associated hospitalizations decreased in the most recent week but remained at levels above the typical peak of epidemic activity. In the United States (U.S.), the percentage of outpatient visits for respiratory illness seemed to have peaked but remained above levels observed for this time of the year during the past five seasons and was very high in some regions. The weekly hospitalization rate was highest this season in week 48 and, in comparison with previous seasons since 2010- 2011, it was the third highest peak. Hospitalization rates were highest among adults over 65 years followed by children under five years of age. The percentage of deaths attributed to pneumonia, influenza or COVID-19 in the U.S. increased and remained above the epidemic threshold established from historical data, with the majority of recent mortality attributed to COVID-19 but with an increased proportion due to influenza in recent weeks. In both countries, several respiratory viruses were co-circulating. Influenza A viruses predominated, and A(H3N2) viruses accounted for the majority of subtyped influenza A viruses. Influenza A(H1N1)pdm09 accounted for approximately 5% of subtyped influenza A detections in Canada and 20% in the US in the most recent week. RSV activity remained elevated in both countries and above average levels for this time of year in Canada but seemed to have peaked in both countries.



- In Europe, overall influenza activity continued to increase with influenza positivity from sentinel sites increasing to 23%, above the 10% epidemic threshold. Both Influenza A and B viruses were detected with influenza A(H3N2) predominating among the subtyped viruses across sentinel sites and A(H1N1)pdm09 predominating among non-sentinel sites. Six countries reported high/very high influenza intensity and 16 countries reported widespread activity. Positivity was highest in Eastern Europe, above 19%. Influenza detections increased in the subregion, across both sentinel and non-sentinel sites, mostly due to A(H1N1pdm09) virus detections in the Russian Federation but also increased influenza detections in Czechia and Ukraine. The Russian Federation, Poland, Czechia, Hungary, Republic of Moldova and Slovakia reported increases in ILI and influenza-associated hospitalizations continued to increase sharply in the Russian Federation. In Northern Europe, activity continued to increase, but less steeply relative to the rest of the region. A similar proportion of influenza A(H3N2) and A(H1N1)pdm09 was detected among the subtyped A viruses except in a few countries where A(H1N1)pdm09 predominated (Iceland, Ireland, Latvia and Northern Ireland). ILI increased in Estonia, Finland, Iceland, Ireland, Latvia and Lithuania. In Southwest Europe, influenza detections of predominantly A(H3N2) continued to increase in some countries, especially in France, Germany, Italy and Switzerland while a decrease in detections was reported in Portugal and Spain. ILI activity increased to medium/moderate activity in Belgium and France. Increases were also observed in Greece, the Netherlands and Switzerland. ILI activity stabilized in Italy but remained at high intensity. A fluctuation/decrease in ILI activity was observed in Luxembourg and Portugal. SARI activity remained elevated in Germany, Serbia and Spain, and also continued to increase in Croatia. Overall, 17 countries reported SARI cases, of which 21% of tested specimens were positive for influenza. This is higher than the percentage positive for SARS-CoV-2 (2%) among SARI cases. The vast majority (82%) were influenza A viruses. RSV positivity decreased to expected levels for this time of year. Bronchiolitis continues to be reported at high levels in France but has decreased. Pooled all-cause mortality estimates from the EuroMomo network showed elevated but decreasing excess mortality across some age-groups.

米国：インフルエンザ動向

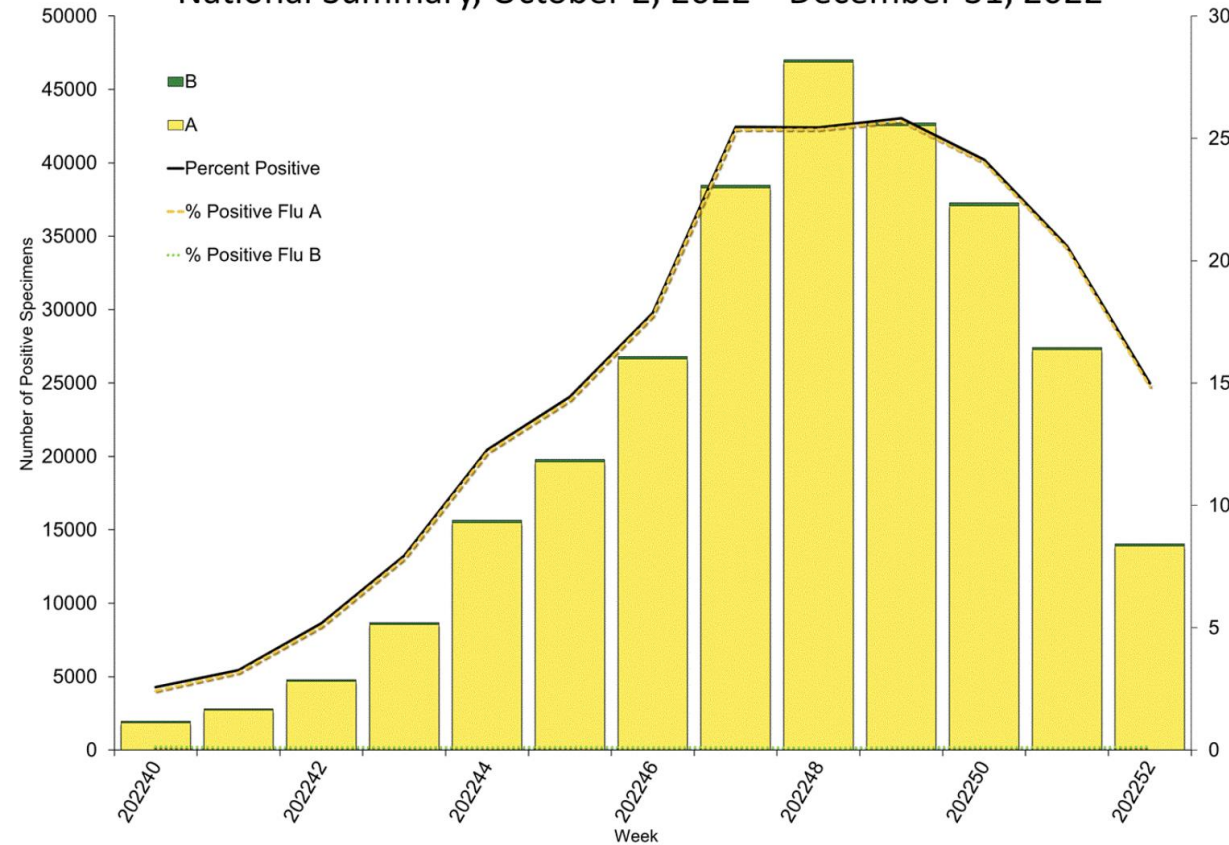
直近の過小評価に注意



Clinical Laboratories

The results of tests performed by clinical laboratories nationwide are summarized below. Data from clinical laboratories (the percentage of specimens tested that are positive for influenza) are used to monitor whether influenza activity is increasing or decreasing.

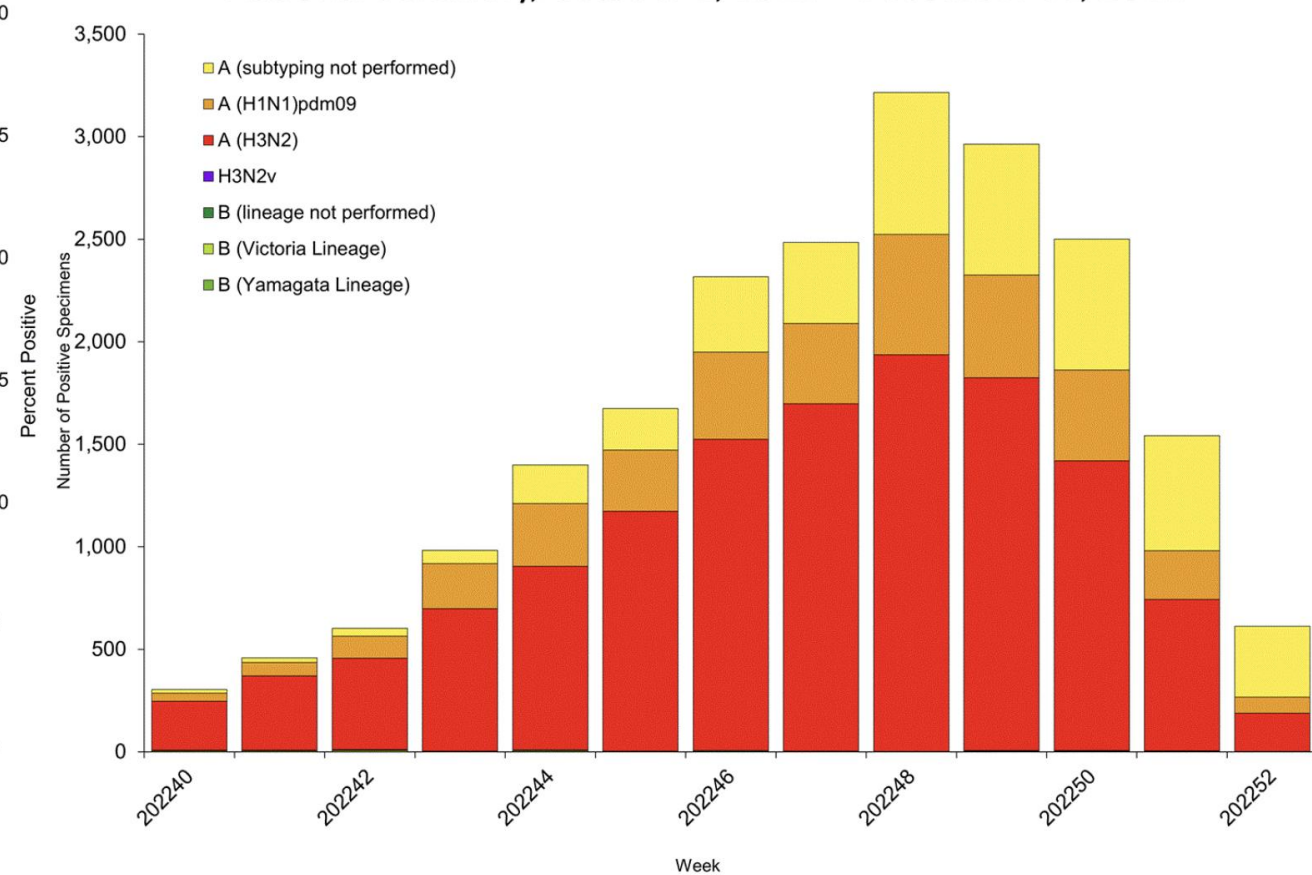
Influenza Positive Tests Reported to CDC by U.S. Clinical Laboratories, National Summary, October 2, 2022 – December 31, 2022



Public Health Laboratories

The results of tests performed by public health laboratories nationwide are summarized below. Data from public health laboratories are used to monitor the proportion of circulating viruses that belong to each influenza subtype/lineage.

Influenza Positive Tests Reported to CDC by U.S. Public Health Laboratories, National Summary, October 2, 2022 – December 31, 2022

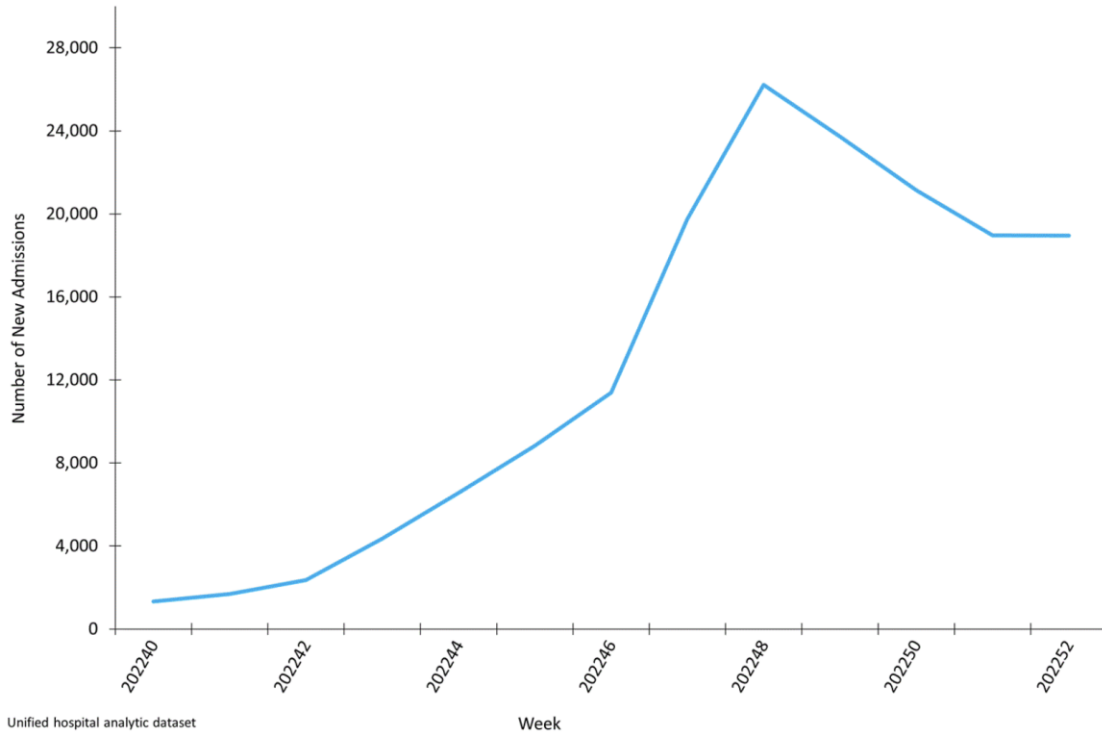


米国：新規入院者数（インフルエンザ）

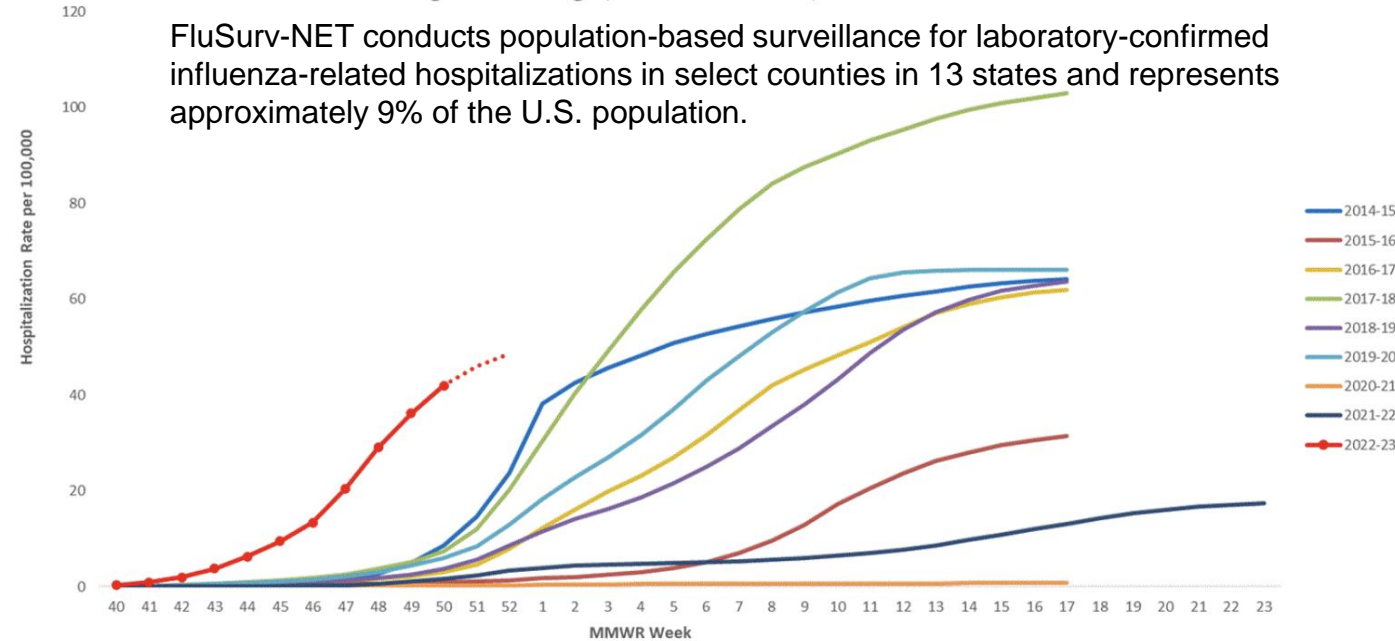
直近の過小評価に注意



New Influenza Hospital Admissions Reported to HHS Protect, National Summary, October 2, 2022 – December 31, 2022



Cumulative Rate of Laboratory-Confirmed Influenza Hospitalizations among cases of all ages, 2015-16 to 2022-23, MMWR Week 52



FluSurv-NET conducts population-based surveillance for laboratory-confirmed influenza-related hospitalizations in select counties in 13 states and represents approximately 9% of the U.S. population.

**In this figure, weekly rates for all seasons prior to the 2022-23 season reflect end-of-season rates. For the 2022-23 season, rates for recent hospital admissions are subject to reporting delays and are shown as a dashed line for the current season. As hospitalization data are received each week, prior case counts and rates are updated accordingly.

- Hospitals report to HHS Protect the number of patients admitted with laboratory-confirmed influenza. During week 52, 18,954 patients with laboratory-confirmed influenza were admitted to a hospital.

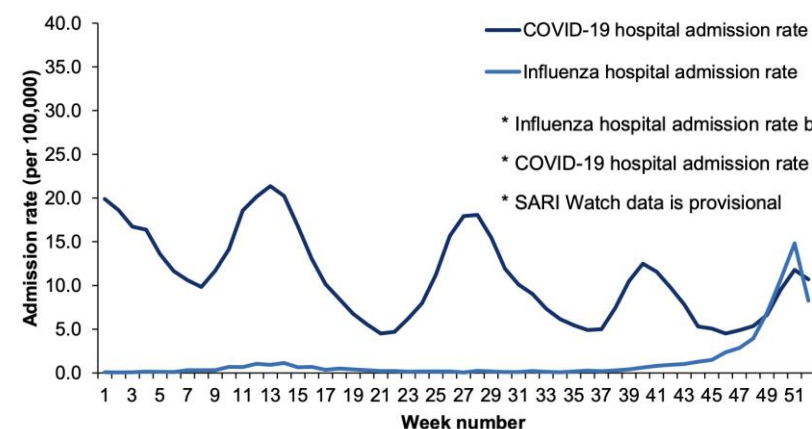
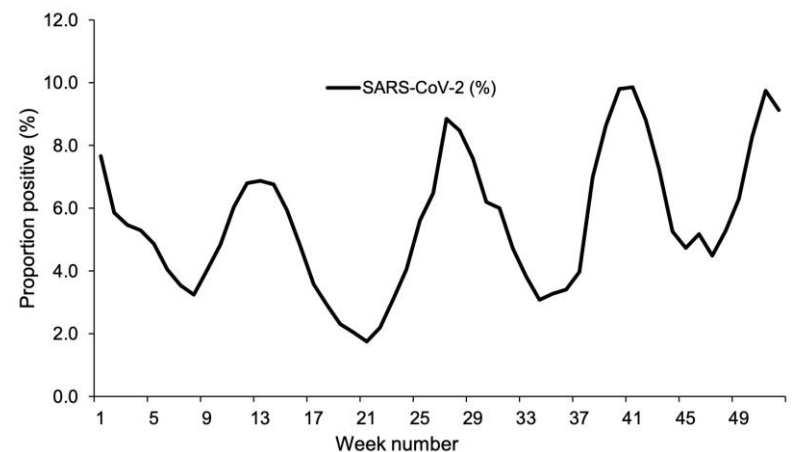
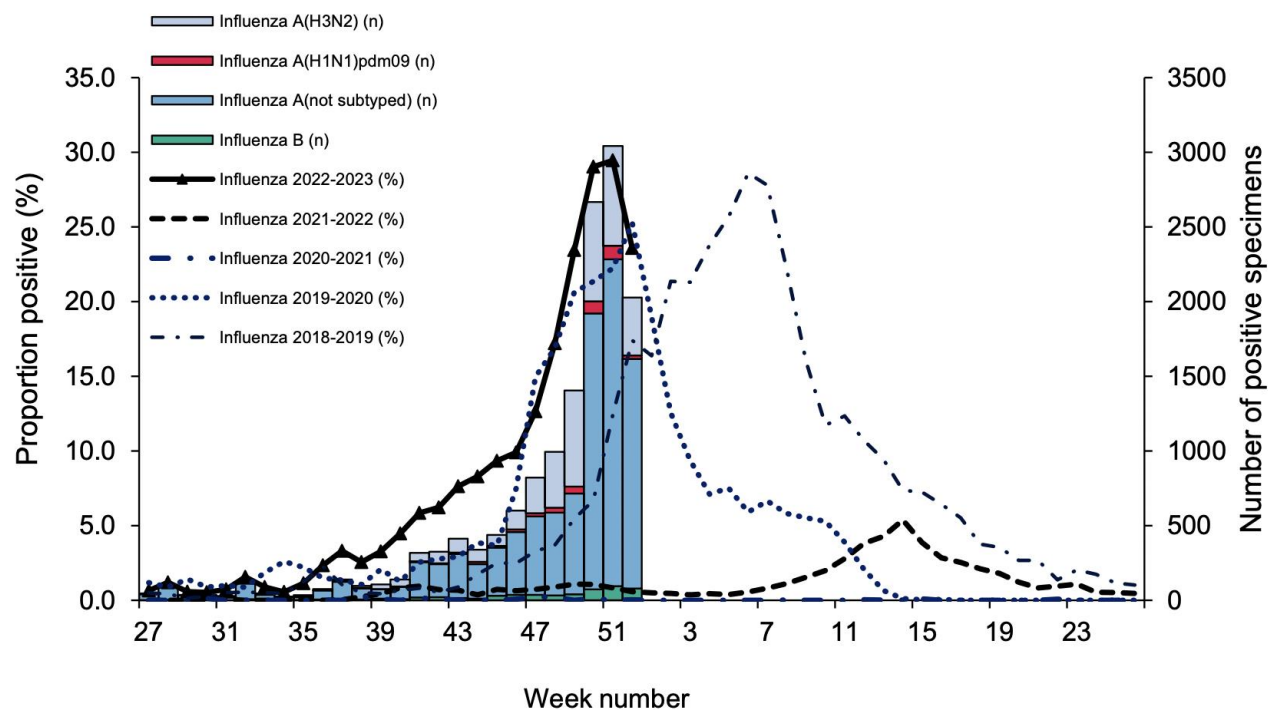
<https://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm>

A total of 14,217 laboratory-confirmed influenza-associated hospitalizations were reported by FluSurv-NET sites between October 1, 2022, and December 31, 2022. The weekly hospitalization rate observed in week 52 was 2.6 per 100,000 population. When examining rates by age, the highest rate of hospitalization per 100,000 population was among adults aged 65 and older (137.9). Among persons aged <65 years, hospitalization rates per 100,000 population were highest among children aged 0-4 years (70.2), followed by adults aged 50-64 years (51.1).



英国：インフルエンザ・COVID-19

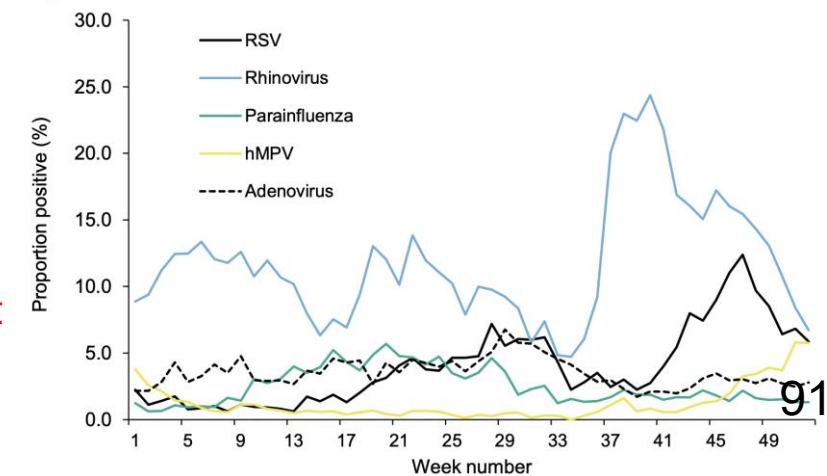
Figure 10: Respiratory DataMart samples positive for influenza and weekly positivity (%) for influenza, England



Caution is needed in interpreting the most recent data as this may have been affected by reduced trust returns over the holiday period.

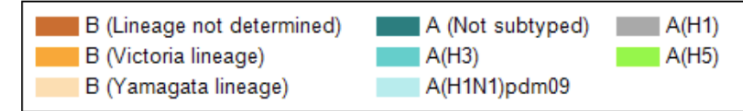
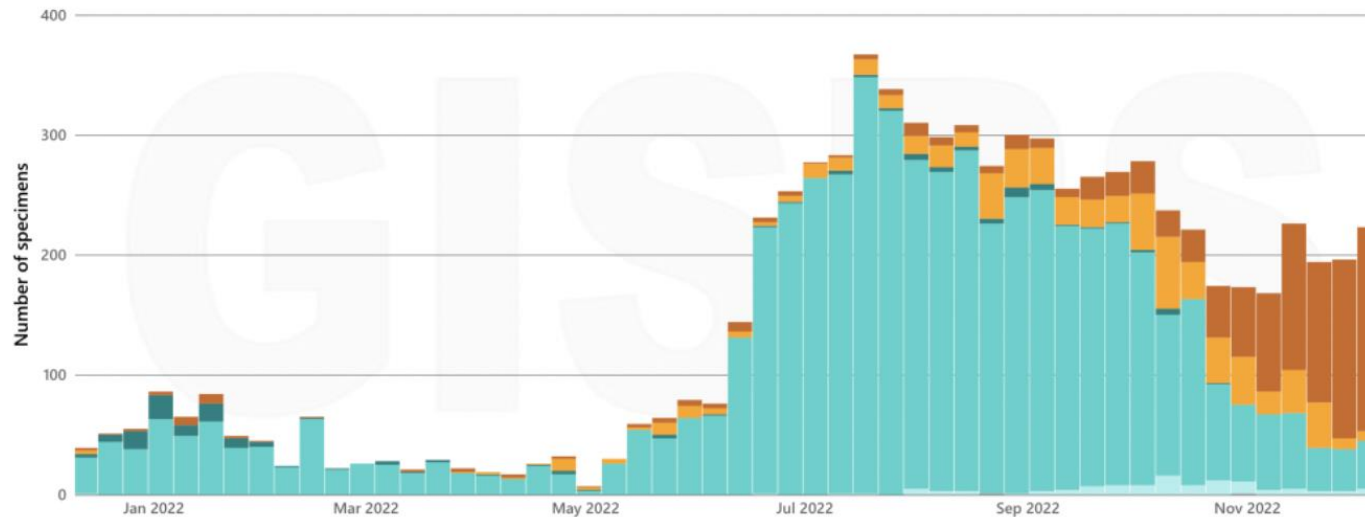
* Influenza hospital admission rate based on 20 sentinel NHS trusts for week 52
 * COVID-19 hospital admission rate based on 87 NHS trusts for week 52
 * SARI Watch data is provisional

Figure 12: Respiratory DataMart weekly positivity (%) for other respiratory viruses, England

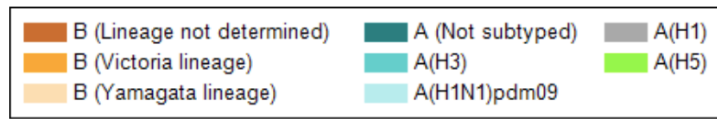


- The Respiratory Datamart system is used as a sentinel laboratory surveillance tool, monitoring all major respiratory viruses.
- In week 52 of 2022, out of the 16,465 respiratory specimens reported through the Respiratory DataMart System (14 out of 16 laboratories), 1,502 samples were positive for SARS-CoV-2 with an overall positivity of 9.1% which slightly decreased from 9.7% the previous week.
- Influenza positivity decreased from 29.4% in week 51 to 23.6% in week 52, with highest positivity seen in the 15 to 44 years age group at 31.0%. 2,026 samples tested positive for influenza (387 flu A(H3), 23 flu A(H1N1)pdm09, 1,536 flu A(not subtyped), 80 flu B).

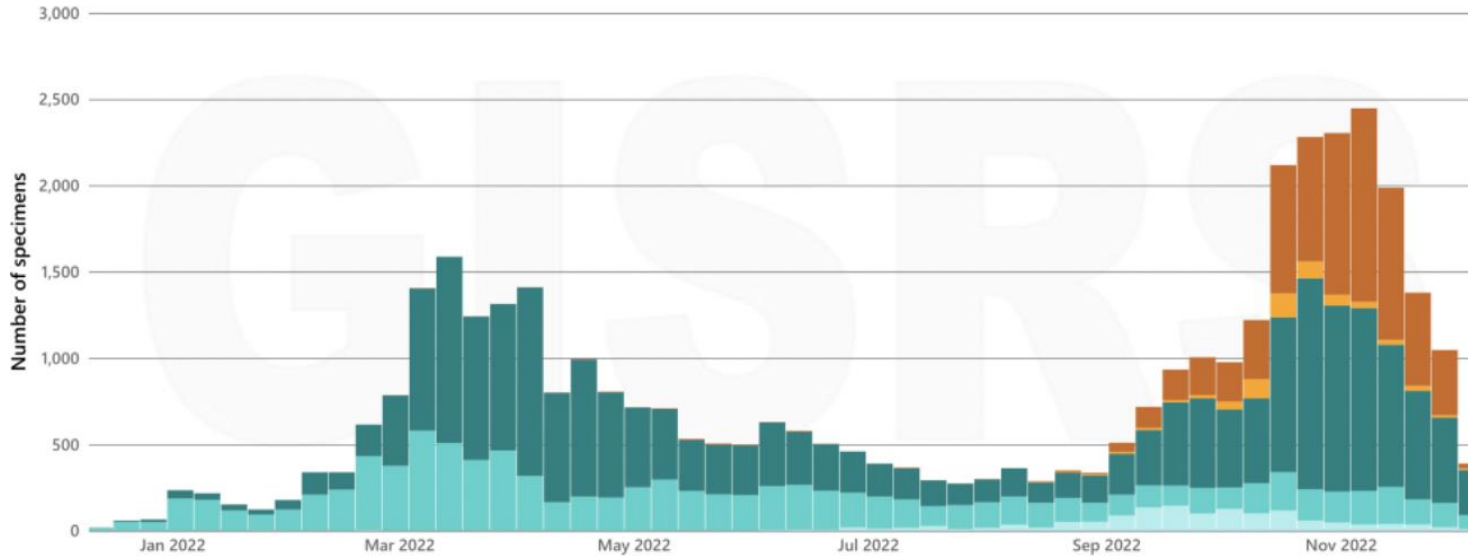
Number of specimens positive for influenza by subtype in South-East Asia



- In South-East Asia, detections of predominantly influenza B reported from Malaysia, remained elevated. Detections remained low in the rest of the subregion. Influenza B/Victoria lineage viruses predominated in Cambodia and Lao People’s Democratic Republic. Influenza A(H3N2) viruses predominated in Singapore and Thailand.
- In Southern Asia, influenza activity continued to decrease to low levels, mainly due to decreased activity reported in Iran (Islamic Republic of). Both influenza A and B viruses were detected. Influenza A(H1N1)pdm09 was the most frequently detected subtype in the subregion. In Afghanistan, Pakistan and Sri Lanka, influenza A(H1N1)pdm09 predominated, while influenza A(H3N2) predominated in Bhutan, India and Iran (Islamic Republic of). In Nepal, influenza A(H1N1)pdm09 and A(H3N2) viruses were detected in similar proportions.



Number of specimens positive for influenza by subtype in Temperate South America



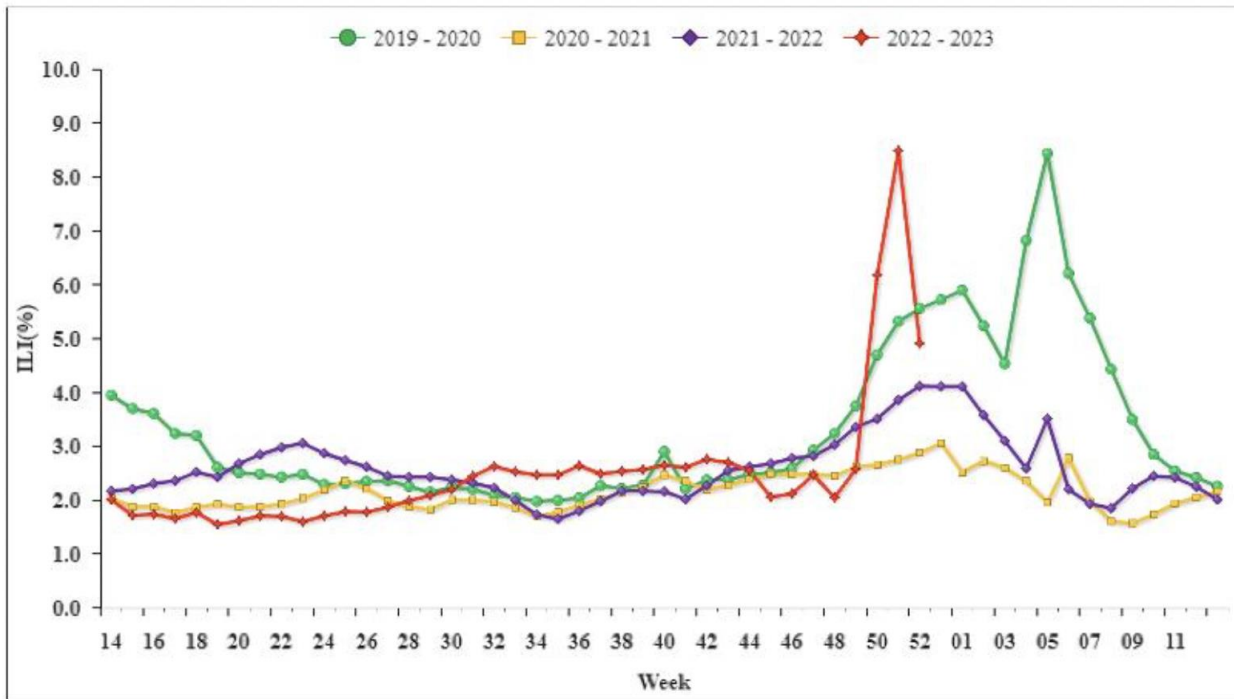
- In temperate South America, influenza detections decreased across the subregion. The majority of activity was reported from Argentina and Chile where positivity decreased to moderate levels but remained above average levels expected for this time of year. In Argentina, influenza B was predominant followed by influenza A(H1N1)pdm09. In Chile, influenza A(H3N2) predominated. ILI was at a low level in Argentina and decreased in Chile but remained at a high level and above the baseline for this time of year. In Chile, SARI was above epidemic threshold and above the baseline. SARI was also above the epidemic threshold and above the baseline in Paraguay and Uruguay. RSV remained low in the subregion.

- In Oceania, influenza activity remained low, with a few detections of influenza A(H3N2), A(H1N1)pdm09, and B viruses in Australia. In the Pacific Islands, ILI activity was low overall and broadly decreased except in French Polynesia, Samoa, and Tuvalu. RSV activity decreased in all states across Australia and remained stable and low in New Zealand.
- In South Africa, influenza detection rates in ILI and pneumonia surveillance remained below the epidemic threshold. RSV detection rates in children under five years in pneumonia surveillance increased just above the seasonal threshold. SARS-CoV-2 detections were stable.

中国 (北部)

China (North)

During week 52, ILI% at national sentinel hospitals in northern provinces was 4.9%, lower than the last week (8.5%), lower than the same week of 2019(5.6%) and higher than the same week of 2020-2021(2.9% and 4.1%).



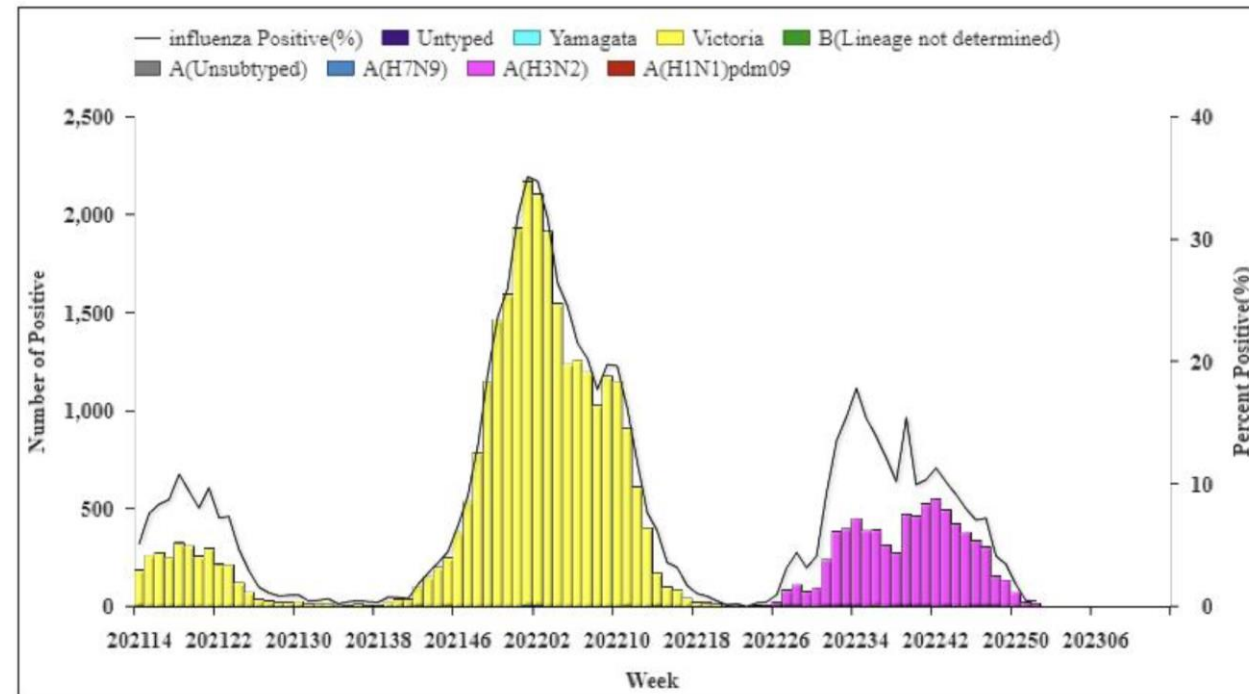
Daily new confirmed COVID-19 cases per million people
7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

LINEAR LOG



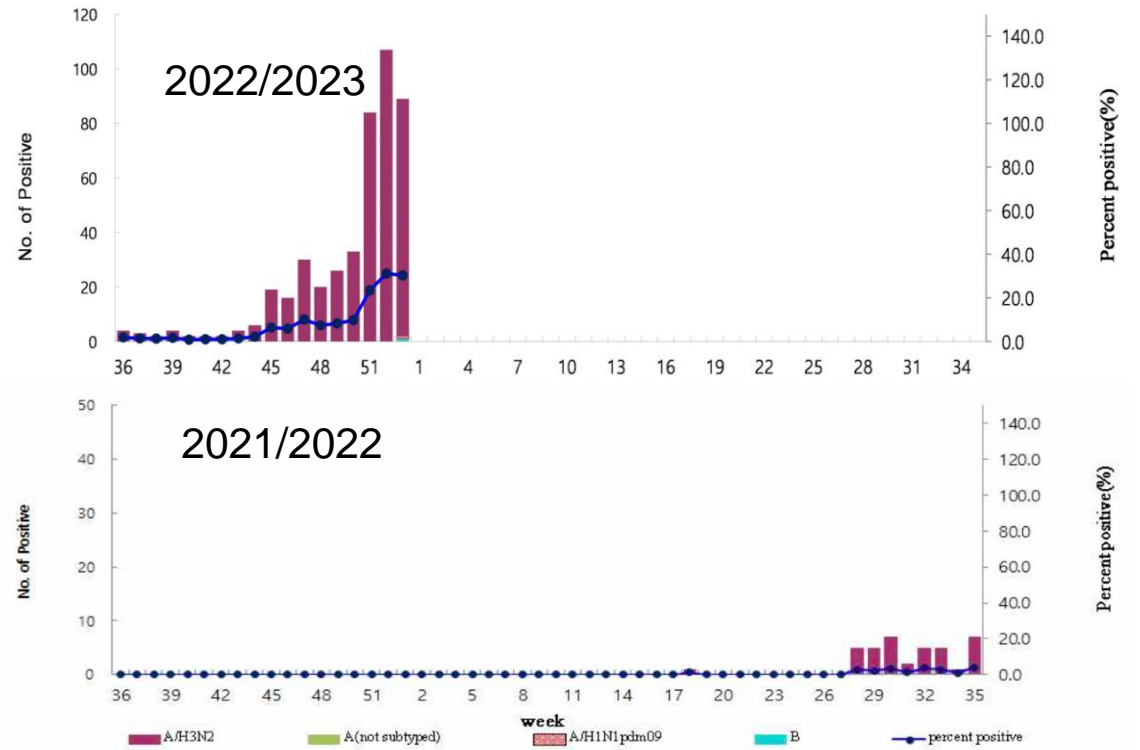
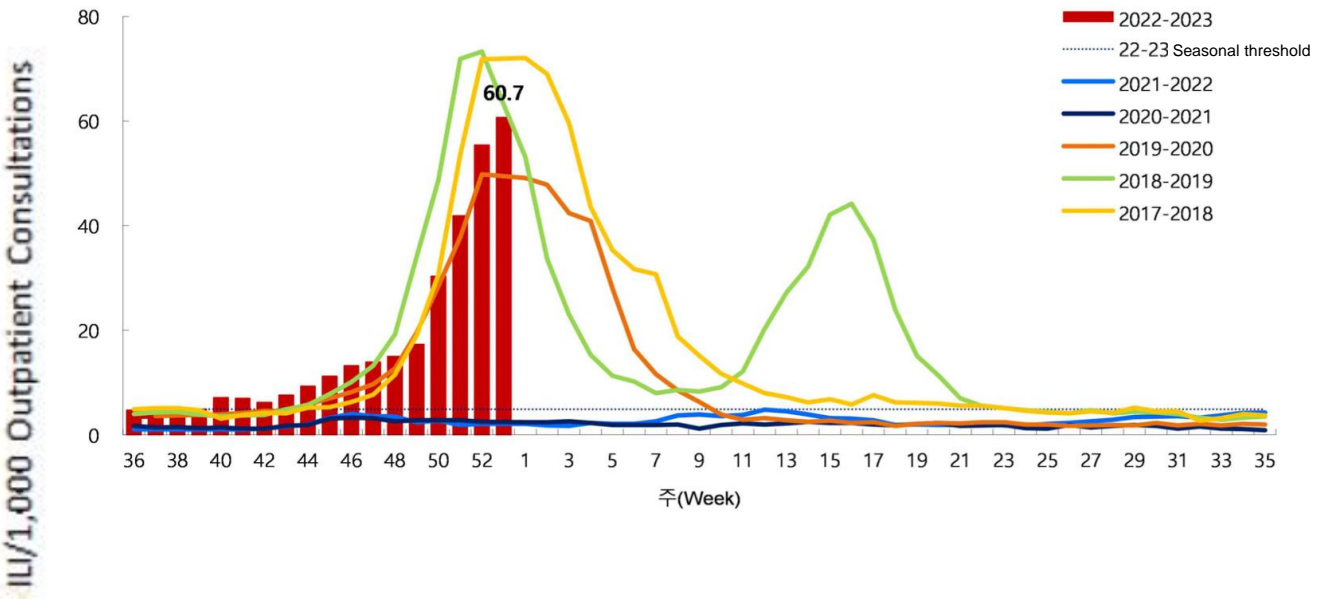
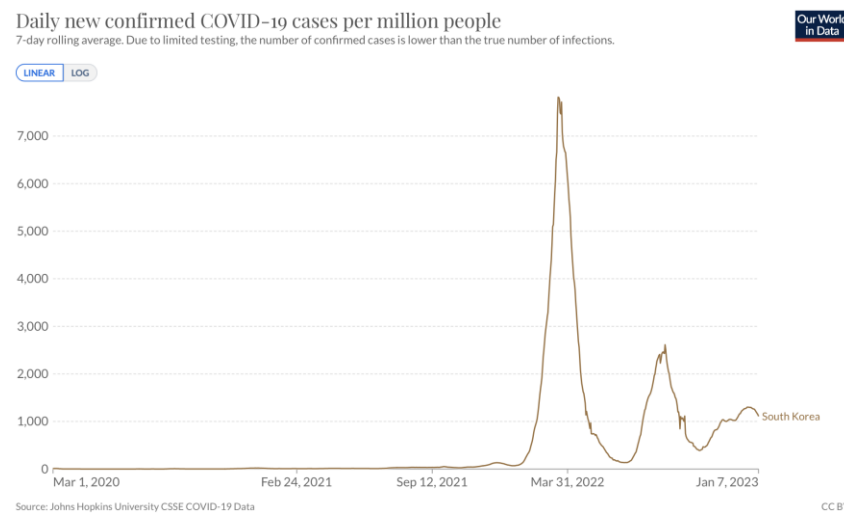
Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY



Republic of Korea

In week 53 of 2022, the overall weekly ILI rate was 60.7 ILI cases per 1,000 outpatient visits, which was higher than the previous week (55.4).
 Out of the 294 respiratory specimens, 89 samples (30.3%) were positive for influenza virus (87 A/H3N2, 1 A/H1N1pdm09, 1 B).



- 2022年48-49週：インフルエンザは引き続き高程度であった（A(H3N2)優位）。
 - ヨーロッパ：継続して増加傾向で、定点における陽性率は23%と10%を超えていた。英国では複数の指標で減少に転じたが、年末年始であり解釈に注意を要する。A(H3N2)優位だが、A(H1N1)pdm09やB型も認めている。
 - 米国：ILI・陽性数・陽性率・新規入院者数は全て減少傾向である（直近1週間は新規入院者数は横ばい；直近の過小評価の可能性もあり解釈に注意が必要）。A(H3N2)が優位だが、A(H1N1)pdm09も認めている。
 - 東南アジア：主にマレーシアからB型優位に報告を認めている。
 - 南アジア：継続して減少傾向である（主にイランでの減少を反映）。A(H1N1)pdm09優位だが、A(H3N2)やB型も認めている。
 - 東アジア：韓国ではILI・陽性数・陽性率が増加傾向である（直近1週間は陽性率微減；直近の過小評価の可能性もあり解釈に注意が必要）。中国北部では、ILIがここ数週間急増し、インフルエンザ陽性数・陽性率は引き続き減少傾向である（SARS-CoV-2流行による影響の可能性が高く、年末年始でもあり、解釈が困難である）。
 - 南米：主にアルゼンチンやチリで引き続き例年より高いレベルで報告されているが、減少傾向となっている。A(H3N2)が優位。その他南半球ではシーズン外の低いレベルとなっている。
- SARS-CoV-2の流行がサーベイランスに影響していることが考えられることから、データの解釈には注意を要する。